

Eläköityvän hyvinvoinnin turvaaminen -
tieto- ja palvelutarpeet sekä niiden tukeminen
sähköisillä ratkaisulla

• •

Sarapisto, Maria

Eläköityvän hyvinvoinnin turvaaminen - tieto- ja palvelutarpeet sekä niiden tukeminen sähköisillä ratkaisuilla

Maria Sarapisto
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2009

Maria Sarapisto

Eläköityvän hyvinvoinnin turvaaminen - tieto- ja palvelutarpeet sekä niiden tukeminen sähköisillä ratkaisuilla

Vuosi 2009 Sivumäärä 65

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, mitä tietoja ja palveluja eläköityvä saattaisi tarvita hyvinvointinsa turvaamiseksi, sen jälkeen kun ei enää kuulu työterveyshuollon piiriin sekä miten näitä tietoja saataisiin yksilön ulottuville.

Hyvinvointia käsitteenä kuvattiin tässä opinnäytetyössä laajasti, koska siihen sisältyvät niin subjektiiviset (mm. onnellisuus, harrastukset) kuin objektiivisetkin (mm. terveys, arjesta selviytyminen) seikat. Hyvinvointi käsittää myös henkilön suhteet toisiin ihmisiin, yksilön omat kokemukset ja tarpeet vertaistuesta sekä yhteisöllisyydestä tai vastaavasti syrjäytymisestä.

Opinnäytetyössä eläköityvän hyvinvointia kartoitettiin tekemällä satunnaisotantaan perustuva kysely Lohjan alueella asuville, vuonna 1940-1953 syntyneille henkilöille. Yhteystiedot ostettiin Väestörekisterikeskukselta. Kyselylomakkeita lähetettiin 1000 henkilölle postitse ja vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn myös sähköisesti. Lomake sisälsi 17 kysymystä, joista kolme oli avoimia. Lomakkeita palautui 337 kpl (n=337), joten vastausprosentti oli 33,7.

Vastaajista 1/3 oli eläkkeellä, 1/3 jäämässä lähiaikoina eläkkeelle ja 1/3 myöhemmin. Vastaajista suurin osa (77,01 %) oli naimisissa tai avoliitossa. Miesten (48,96 %) ja naisten (51,04 %) osuus vastaajista oli lähes yhtä suuri. Suurin osa vastaajista koki elämänsä hallinnan ja hyvinvointinsa olevan tällä hetkellä hyvän. Tietotarpeista olennaisiksi katsottiin mm. erilaiset terveystiedot ja niiden toivottiin olevan saatavissa yksityisesti esim. omaan sähköpostiosoitteeseen tai paperiversiona. Yhteiskunnan tarjoamia palvelutietoja haluttiin saada myös luotettaviksi katsotuilta tahoilta (Kela ja kunta) eli ns. julkisille palvelimille. Hyvinvointiyritysten tiedot haluttiin pääsääntöisesti hankkia itse. Terveysportin tms. alustan käyttömahdollisuuteen suhtauduttiin positiivisesti. Tätä mahdollisuutta käyttäisi ainakin joskus yli 70 % vastaajista ja yhteisö- ja verkstopalveluja käyttäisi n. 74 %. Vertaistukimahdollisuutta sähköisessä palvelussa käyttäisi noin puolet ja keskusteluaiheina olisivat niin arkielämä, terveys kuin hyvinvointikin. Sähköisen palvelun välineenä halutaan käytettävän pääsääntöisesti kotitietokoneita (64,43 % kaikista vastanneista).

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että eläköitymiseen suhtaudutaan normaalina elämänvaiheena, jossa toivotaan pystyttävän elämään mahdollisimman terveenä ja itsenäisesti omassa kodissa. Toisten armoille joutuminen koetaan uhkana. Suurin osa omista henkilökohtaisista terveystiedoista halutaan saada vielä paperiversiona ja tiedot halutaan koota itse. Kuitenkin sähköisten välineiden käytettävyyteen suhtauduttiin positiivisesti, varsinkin nuoremmissa ikäluokissa. Sähköposti kotona koetaan omalla henkilökohtaisella tiedonvastaanottimella.

Jatkotutkimusehdotukseksi nousi kyselyn teettäminen 1950-1960-luvuilla syntyneille ja eri koulutuspuolelta omaavien henkilöiden välisen eroavaisuuksien kartoittaminen sähköisten viestimien käytölle sekä sähköisten viestimien merkityksen muuttumisen tutkiminen.

Asiasanat: eläköityminen, elämänhallinta, hyvinvointi, sähköiset palvelut.

Maria Sarapisto

Securing the well-being of a retiring - the demands of the knowledge and services and supporting them with E-solutions

Year	2009	Pages	65
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to study the knowledge and the services that a retiring person would need to protect his well-being after leaving the occupational health care domain and how to get this knowledge to the reach of an individual.

Well-being as a concept was represented widely in this thesis, because it includes both subjective (happiness, hobbies etc.) and objective (health, everyday survival etc.) matters. Well-being also includes the questions of person's relationships with other people, the personal experiences of an individual, peer support and communality needs and the issues of alienation.

In the thesis the well-being of the residents living in Lohja region, born in 1940-1953, was charted by carrying out an inquiry based on a random sample. The contact information was bought from the Population Register Centre. 1000 questionnaires were sent by mail to the residents, but they had also a chance to answer the questionnaire via internet. The form included 17 questions of which three were open. 337 of the forms (n=337) were returned, so the response rate was 33,7.

1/3 of the answerers were retired, 1/3 were retiring in the near future and 1/3 was to retire later. Most of the answerers were married or in a relationship. The portion of the male answerers (48,96 %) was almost as big as the portion of the female answerers (51,04 %). Most of the answerers saw that the control of their lives and well-being was good at that moment. They saw that the essential need of information was of diverse health education and it was hoped to be received privately for example as an e-mail or as a printed version. The answerers also wanted that the information of the services offered by the society was received from the reliable facets (The Social Insurance Institution and the municipality), from the so called public servers. They wanted to acquire the information of the welfare companies by themselves. The possibility of using such platform as Terveysportti etc. was considered positively. This possibility would be used at least sometimes by more than 70 % of the answerers and the community- and web work services would be used approximately by 74 %. The possibility for the peer support on the E-service would be used by some 50 %. The topics would be everyday life, health and well-being. As an equipment of using E-services was wanted in general a home computer (64,43 % of all the answerers).

It was noted as a conclusion that retiring is considered as a normal event of life, in which people wish to be as healthy as possible and to be able to live at home independently. It is seen as a threat to fall at other people's mercy. Most of the own, private health information is still wanted to be collected on one's own and received as a printed version. However, the opportunity to use electronic means was seen positively especially among the younger generations. E-mail at home is seen as an own, private information receiving set.

The proposition for the follow-up research is to map out the divergences in using the E-media among the people, born in 1950-1960, who have various education backgrounds. In addition, the magnitude in using the E-media should be investigated.

Keywords: retiring, control of life, wellbeing, E-services

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Yksilön hyvinvointi.....	8
2.1	Elämänkaari ja elämänhallinta	8
2.2	Koherenssin tunne ja voimaantuminen	9
2.3	Subjektiiiviset tarpeet ja hyvinvointi	11
2.4	Objektiivinen hyvinvointi ja resurssit	13
2.5	Terveys	14
2.6	Arkipäivän toiminta.....	14
2.7	Yhteiskunnan toimintapuitteet.....	15
2.8	Hyvinvointivaltioiden jaottelu	16
2.9	Hyvinvointimittarit	16
2.10	Tietoyhteiskunnan kehittyminen	16
2.11	Hyvinvoinnin tulevaisuus.....	18
3	Määrällinen tutkimus.....	19
3.1	Otanta.....	20
3.2	Otos	21
3.3	Tutkimusaineisto ja sen edustavuus	21
3.4	Metodiset valinnat ja mittarit	22
3.5	Tutkimuksen luotettavuus.....	22
3.5.1	Reliabiliteetti	22
3.5.2	Validiteetti	23
3.6	Tutkimuksen eettisyys	23
3.7	Analyysimenetelmät.....	24
3.8	Kyselylomakkeen laadinta.....	26
3.9	Tausta-, terveys- ja hyvinvointitiedot.....	27
3.10	Tietotarpeet	27
3.11	Sähköiset palvelut ja palvelutarpeet	27
3.12	Avoin kysymys	28
4	Hyvinvointikyselyn tulokset	28
4.1	Kyselyn otanta.....	28
4.2	Kyselyn otos.....	29
4.3	Vastaajien ikähajonta	30
4.4	Vastaajien koulutustaso	30
4.5	Vastaajien eläkejakauma.....	31
4.6	Hyvinvointi- ja terveystiedot	31
4.7	Vastaajien tietotarpeet	33
4.8	Sähköiset palvelut	35
4.9	Sähköiset palvelutarpeet ja - tarjoajat.....	36
4.10	Eliniän odotteen pitenemisen vaikutus	37
4.11	Yhteenveto tuloksista	38
5	Johtopäätökset	38
	Lähteet	41
	Liitteet	43

Opinnäytetyön aihealue on osa Tekesin rahoittamaa Oma hyvinvointi -hanketta, jolla pyritään luomaan sähköistä välinettä, Pärjäin-konseptia, hyvinvoinnin hallinnan tukemiseksi yksilön elämän muutosvaiheissa. Hankkeen lähtökohtana on kansalainen, joka haluaa ottaa aktiivisen osan omasta hyvinvoinnistaan huolehtimisesta hyödyntämällä erilaisia palveluita ja itsepalveluita sekä sähköisessä että fyysisessä muodossa. Lisäksi hankkeen tarkoituksena on saada yksilölle kokonaiskuva kaikista häneen ja hänen elämäänsä liittyvistä toimijoista ja palveluntarjoajista ja että hänellä olisi myös vuorovaikutteinen yhteys tarpeellisiksi katsomiinsa tahoihin ja tietoihin. (Nurminen & Meristö 2009, 4)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mitä tietoja ja palveluja eläköityvä tarvitsisi hyvinvointinsa turvaamiseksi sen jälkeen kun ei enää kuulu työterveyshuollon piiriin sekä miten näitä tietoja saataisiin yksilön ulottuville. Työn kohderyhmänä olivat Lohjan alueella asuvat vuosina 1940-1953 syntyneet henkilöt. Kohderyhmän valinta perustuu osittain siihen, että eläkkeelle siirtyminen on joissain tapauksissa mahdollista jo 58-vuotiaana, joten kohderyhmässä on sekä jo eläkkeellä olevia että siihen elämänvaiheeseen lähivuosina siirtyviä.

Hyvinvointia käsitteenä kuvataan tässä opinnäytetyössä laajasti, koska siihen sisältyvät niin subjektiiviset (mm. onnellisuus, harrastukset) kuin objektiivisetkin (mm. terveys, arjesta selviytyminen) seikat. Hyvinvointi käsittää myös henkilön suhteet toisiin ihmisiin, yksilön omat kokemukset ja tarpeet vertaistuesta sekä yhteisöllisyydestä tai vastaavasti syrjäytymisestä.

Sähköisillä palvelualustoilla on jo nyt kysyntää ja sähköisiä tietokantoja käytetään laajasti mm. terveydenhuollossa. Erilaisilla omaseuranta- ja itsehoitopalveluilla tullaan todennäköisesti enenevässä määrin tukemaan potilaan aktiivisuutta terveydentilansa suhteen. Vuorovaikutteisuus tietoteknisten sovellutusten käytössä ja yksilön toimiminen näiden tietojen sekä palveluiden subjektina on tulevaisuutta.

2 Yksilön hyvinvointi

Ihmisen hyvinvointia ei voida tiivistää yhteen indikaattoriin tai määritelmään. Hyvinvointi koostuu monista tekijöistä, kuten terveydestä, toimeentulosta, asumisesta, turvallisuudesta, puhtaasta ympäristöstä, itsensä toteuttamisesta ja läheisistä ihmissuhteista. Hyvinvointiin kuuluu sekä subjektiivisia henkilökohtaisia arvostuksia ja tuntemuksia että objektiivisesti mitattavia asioita. Voidaan ajatella, että hyvinvoivalla ihmisellä on tarpeiden tyydyttämisen jälkeen voimia ja mahdollisuuksia myös lepoon, virkistäytymiseen, läheisten kanssa olemiseen ja itsensä toteuttamiseen. (STM, 2007:3, 11.) Subjektiivinen hyvinvointi on demokraattinen ajattelutapa, koska yksilö voi arvioida omaa elämäänsä itse sen sijaan, että keskittyisi asiantuntijoiden arvioihin omasta hyvinvoinnistaan (Phillips 2006, 18).

Perinteisesti yhteiskunnallinen keskustelu on Suomessa painottunut talouden ja julkisen sektorin ympärille. Näitä kahta osa-aluetta on kehitetty pitkäjänteisesti ja menestyksekkäästi kansalaisten hyvinvoinnin parantamiseksi. Ajan myötä hyvinvoinnin instrumenteista on alkanut muodostua keskusteluissa itseisarvoisia päämääriä. Kansalaisten arkielämän muutokset ja heidän kokemansa hyvinvointi ovat jääneet taka-alalle asiantuntijoiden määrittellessä talouden ja hyvinvoinnin reunaehdoja. (Hämäläinen 2006, 13.)

Kaksi tärkeää kultturellista elementtiä ovat arvot ja normit. Normit ovat käyttäytymisen eräänlaisia kirjoittamattomia sääntöjä, joita enemmistö väestä katsoo välttämättömäksi noudattaa. Kulttuuriset ja sosiaaliset arvot jaetaan laajasti eri ryhmien kesken, kun taas persoonalliset arvot koskevat yksilön käyttäytymistä ja päämääriä. (Blackwell, Miniard & Engel 2006, 429.)

2.1 Elämänkaari ja elämänhallinta

Eri elämänkaaren vaiheissa hyvinvointi merkitsee yleensä eri asioita. Elämänkaaritarkastelu on luonteva tapa lähestyä ihmisten hyvinvointia ja sitä uhkaavia tekijöitä, sillä suurin osa ihmisistä käy läpi samat elämänsä vaiheet. Vanhemmuuden myötä hyvinvoinnin ehdot muuttuvat, kun lasten hyvinvoinnista huolehtiminen, mielekäs työ ja tekeminen sekä perheen toimeentulon turvaaminen nousevat etusijalle. Työelämän loppupäässä monet kokevat uuden elämäntilanteen, kun lapset muuttavat pois kotoa. Eläkeikää lähestyvien hyvinvointia varjostavat usein työssä jaksamiseen ja omaan terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät kysymykset, vaikka eläkkeelle siirryttäessä suurimmalla osalla on edessään useita terveitä vuosia. Ikääntyessä toimintakyky ja itsenäinen selviytyminen nousevat keskeisiksi tekijöiksi hyvinvoinnin kehityksessä. (STM, 2007:3, 11, 27.)

Hallinnan tunne tarkoittaa, että ihminen kokee elämänsä olevan hallinnassaan ja voi mielestään päätöksillään, ratkaisuillaan ja toimenpiteillään vaikuttaa elämäänsä ja ympäristöönsä. Ihmisellä tulee olla tunne siitä, että on oman elämänsä subjekti, mutta hallinnantunne eli sisäinen kontrolli ei saa kohota liian korkeaksi. Liian korkea sisäinen kontrolli saattaa olla myös mielenterveysriski. Tällainen ihminen saattaa olla hyvin avuton kestäämään vakavia vastoinkäymisiä, esimerkiksi sairastumista. (Keltikangas-Järvinen 2003, 227-230.)

2.2 Koherenssin tunne ja voimaantuminen

Hyvinvoinnin tunnetta nimitetään koherenssin tunteeksi ja se koostuu monesta tekijästä. Säilyäksemme terveisinä ja toimintakykyisinä tarvitsemme kohtuullisesti aikaa niille kaikille. Myös fyysinen ja psyykkinen terveytemme kulkevat käsi kädessä. Terveys sosiologi Aaron Antonovsky salutogeeninen orientaatio on ajattelutapa, joka korostaa yksilön tulkintaa voimaantumisesta yhteisöllisten tekijöiden jäädessä taka-alalle. Sen avulla voidaan hahmottaa miten ihminen kokee ymmärrettävyyttä, hallintaa ja tarkoituksellisuutta suhteessa elämäänsä. Koherenssiteoria kytkee ihmisen kyvyn käsitellä informaatiota sosiokulttuuriseen kontekstiin sekä kaikkia koskettavaan arkiseen ja samalla myös eksistentiaaliseen kysymykseen eli terveyteen. (Räsänen 2006, 47.)

Koherenssiteoria on terveyden malli (salutogeeninen terveystähtäminen) ja siinä keskeistä on selviytyminen tai murtuminen stressin tai vastoinkäymisen kohdatessa. Se voimavara, jolla ihminen selviää murtumiselta elämän vastoinkäymisiä vastaan, on nimetty koherenssin tunteeksi. Se liitetään usein elämänhallintaan, koska koherenssin tunnetta pidetään terveyttä edistävänä tekijänä. Teoria pyrkii yhdistämään yksilön mikrotason (sosiaalinen tuki, aineelliset resurssit, koulutustaso, ym.) ja makrotason (vallitsevat lait, arvot ja normit, ym.) tekijät selitettäessä terveyden väestöllistä jakaantumista ja tasoa. Lisäksi teoriassa yhdistetään yksilön kokema terveydentila hänen kykynsä käsitellä informaatiota. (Räsänen 2006, 47-48.)

Salutogeeninen orientaatio pyrkii paljastamaan ihmisen kulloisenkin sijainnin sairaus-terveys - jatkumolla ja sen muutokset sijainnissa, joka kuvaa sen hetkistä suhtautumista ympäristöön. Kyseessä ei ole absoluuttisesta sairaudesta tai sen puuttumisesta vaan yksilön omaa asemaa koskevista tulkinnoista. Salutogeenisen orientaation vastakohta on patologinen orientaatio (esim. lääketieteellinen käsitys työkyvystä) ja se on tyypillinen länsimaiselle kulttuurille, jossa sairaus eristetään sairastajasta. (Räsänen 2006, 48.)

Työikäisten elämänhallinta perustuu elämän merkityksellisuuden kokemuksiin ja elämään tyytyväisyyteen. Elämänhallintaa heikentävät luottamuksen puuttuminen oman elämän vaikutusmahdollisuuksiin ja omien tavoitteiden saavuttamiseen elämässä. Työikäisellä elämänhallintaan liittyvät terveys ja jaksaminen. (Pentikäinen 2003, 67.)

Koherenssiteoria perustuu olettamukseen, että kaikki asiat ovat tietyssä suhteessa toisiinsa. Sen perusajatuksena on, että maailman ja elämän monitahoisuus luo jatkuvasti ristiriitaisia ja hämmentäviä viestejä ihmiselle. Tämä aiheuttaa paineita, jännitystä ja konflikteja niin yksilölle, yksilöiden välille, yksilön ja sosiaalisten rakenteiden välille sekä sosiaalisten rakenteidenkin välille. Koherenssin tunne kuvastaa tapaa, jolla yksilö havainnoi maailmaa tai ympäristöä. (Räsänen 2006, 48.)

Koherenssin tunne on pysyvä tapa nähdä maailmaa, mutta erilaiset tapahtumat, esimerkiksi työttömyys ja sairaudet, muokkaavat tätä tunnetta. Koherenssin tunne luo pohjan yksilön ympärillä tapahtuvien asioiden tulkinnalle. Se ohjaa valintoja ja käyttäytymistä, jotka puolestaan vaikuttavat jo olemassa olevaan koherenssin tunteeseen. Vahvan koherenssin omaava yksilö käyttäytyy eri lailla kuin heikon koherenssin omaava ja käyttäytymismalli muodostaa kehän, jossa vahva koherenssi vahvistuu ja heikko heikentyy entisestään. (Räsänen 2006, 48.)

Yksilön koettu terveys on yhteydessä koherenssin tunteeseen 46-69-vuotiaana eli keski-ikässä. Henkilöillä, joilla on hyvä tai erittäin hyvä koettu terveys, on vahvempi koherenssin tunne. Iällä, sukupuolella, koulutuksella, siviilisäädellä, sosiaalisella asemalla, työtilanteella ja vapaa-ajan liikunnalla yhteyttä koherenssin tunteeseen ei ole. (Nyyssönen & Peuhkuri, 2006, 49.) Vahvan koherenssin tunne sisältää osa-alueinaan mm. yksilön kokemuksen, että ympäristön ärsykkeet ovat ennustettavissa ja säännönmukaisia, että henkilöllä on tarvittavat resurssit ja että hän kokee ympäristön vaatimukset mielekkäinä haasteina. Henkilö, jolla on vahva koherenssi, näkee todellisuuden realistisesti ja ymmärtää että kaikkea ei voi hallita ja kontrolloida. (Räsänen 2006, 48.)

Yksilön koherenssin tunne koostuu kolmesta avainkäsitteestä, joista ensimmäinen on ymmärrettävyys. Se on tunne siitä, että kykenee hallitsemaan omat sisäiset voimavaransa sekä vuorovaikutuksen sosiaalisen ympäristön kanssa. Yksilön on ymmärrettävä asioita ja ilmiöitä kognitiivisella tasolla. Toisena tunteena on hallittavuus, jossa koetaan, että käytettävissä olevilla voimavaroilla voidaan vastata erilaisiin haasteisiin. Tämä edustaa instrumentaalista näkökulmaa. Kolmantena tunteena on mielekkyys, joka määrittelee yksilön kokemuksen oman elämänsä tarkoituksen sekä osoittaa hänen halukkuutensa mobilisoida omia voimavarojaan sitoumuksiin, velvoitteisiin ja haasteisiin. Ihmisen on tunnettava emotionaalista mielekkyyttä. (Räsänen 2006, 49.)

Vastuunsa tunteva ja vastuun kantamiseen kykenevä yksilö tekee viisaita valintoja ja elämäntyyllillään edistää omaa terveyttään, perhe-elämää, lasten kasvatusta, työllistymistään ja omien potentiaaliensa käyttöä. Julkisen vastuudiskurssin ohella myös sosiaalipolitiikan omat toimintatavat pyrkivät tuottamaan vastuullisia ja aktiivisia kansalaisia. Tällaisia mekanismeja ovat mm. yksilöiden oikeuksien vahvistaminen, valinnanmahdollisuuksien lisääminen ja aktiivointipolitiikka. Nämä pyrkivät kohtelevaan kansalaisia vastuullisina ja aktiivisina subjekteina. Tämän politiikan kääntöpuolena on se, että samalla hylätään niitä kansalaisia, jotka tähän eivät pysty. (Stakes 2006, 30-31.)

2.3 Subjektiiviset tarpeet ja hyvinvointi

Ihmisten kokeman hyvinvoinnin keskeisenä tekijänä pidetään yksilön erilaisten tarpeiden tyydyttämistä. Ihmisten tarpeet voidaan jakaa Maslowin tarvehierarkian mukaan fysiologisiin (ruoka, juoma, lämpö), turvallisuuteen, lähimmäisen rakkauteen ja yhteisöllisyyteen, arvostukseen sekä itsensä toteuttamiseen. Tämä tapahtuu monissa arkipäivän askareissa ja rooleissa, esim. työntekijänä, kuluttajana, perheenjäsenenä. Näissä rooleissa toimitaan erilaisten resurssien ja toimintamahdollisuuksien avulla. Näitä ovat henkilön tulot ja varallisuus, osaaminen, henkinen ja fyysinen terveydentila, sosiaaliset suhteet ja -pääoma, poliittinen vaikutusvalta sekä käytettävissä olevat luonnonvarat, informaatio ja aika. Arkipäivän toiminta tapahtuu aina tietyissä yhteiskunnallisissa puitteissa, jotka sekä mahdollistavat että rajaavat sitä. (Hämäläinen 2006, 14-15.)

Proaktiivisuudella tarkoitetaan sellaista aktiivista ja aloitteellista toimintaa, jossa ihminen ottaa vastuuta käyttäytymisestään. Näin tehdessään yksilön valinnat ovat omien arvojen ja päätösten mukaisia, eivät olosuhteiden tai muiden sanelemia. Ottamalla vastuuta omista tekemisistään ja tunnetiloistaan yksilö ottaa myös vastuuta toiminnan seurauksista muille ihmisille. Reaktiivisuudesta puhutaan, kun tunteita ja toimintaamme ohjaavat ulkoiset seikat. (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 160). Kun ongelmat muutetaan tavoitteiksi, tulevaisuuteen suuntautuminen sekä voimavarojen etsiminen antavat energiaa. Toivo on eräs tärkeimmistä voimaa ja hyvinvointia lisäävistä tunteista. Toiveikkuus lisää motivoitumisen taitoa ja siten vaikeittenkin haasteiden kohtaaminen ei lannista. (Katajainen ym. 2003, 173-174.)

Ihmisten kokemaa, subjektiiviseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ei ymmärretä vielä kovin hyvin, varsinkin kun hyvinvoinnin edellytykset ja kansalaisten tarpeet ovat olennaisesti muuttuneet. Talouden kasvun uskotaan yleisesti parantavan kansalaisten hyvinvointia, mutta uusi taloustieteellinen tutkimus - onnellisuuden taloustiede ("economics of happiness") - osoittaa, ettei tämä oletus pidä paikkaansa pitkälle kehittyneissä yhteiskunnissa. (Hämäläinen 2006, 13.)

Oikeus hyvinvointiin kuuluu ihmisen sosiaalisiin oikeuksiin ja perustuslakiin on kirjattu oma säännöksensä oikeudesta sosiaaliturvaan. Sen mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon (ns. subjektiivinen oikeus). Hyvinvointivaltion kehittyessä laajeni käsitys, että perhetaustasta aiheutuvia eriarvoisia mahdollisuuksia oli tasattava eri keinoin. Kun usko julkisten järjestelyjen kykyyn tuottaa ja tasata hyvinvointia on hiipunut, on tilalle tullut individualismia, ihmisten omia ratkaisuja ja omaehtoista selviytymistä korostavia painotuksia. (STM 2007:3, 15-16.)

Kansalaisen asema julkisten palveluiden asiakkaana on parantunut. Ihmisillä on enemmän mahdollisuuksia ja valinnanvaraa vaikuttaa saamansa palvelun sisältöön. Valinnanvapauden kääntöpuolena on ollut se, että varallisuudesta on tullut tärkeä kriteeri myös julkisesti tuettuihin tai julkisiin palveluihin valikoitumisessa, erityisesti terveyspalveluissa. Palvelujen saamiseen kuluukin entistä vahvemmin tulojen arvioiminen, omien oikeuksien puolustaminen ja juridisoituminen. (STM 2007:3, 18.)

Uusiutuva viestintätekniikka mahdollistaa tulevaisuudessa entistä laajemmin yksilöllisen tietopalveluiden hyödyntämisen myös terveydenhuollon sektorilla. Sähköinen asiointi tietokoneella ja terveydenhuollon hyvinvointia edistävät palvelut tulevat ennusteiden mukaan luontevaksi osaksi arkeamme. Sähköisten potilaskertomusten yhdisteleminen eri organisaatioista potilaan suostumuksella tulevat perustumaan kansallisesti ja jopa kansainvälisesti yhteisiin standardeihin helpottaen ja nopeuttaen hoidon etenemistä. Myös mahdollisuus, että potilastiedot saataisiin potilaan itsensä käyttöön, lisääisi yksilön vastuuta ja asiantuntijan roolia suhteessa itsehoitoon ja hoidon vaikuttavuuden seurantaan. (Turku 2007, 19-20.)

Hyvän elämänhallinnan avulla henkilö voi kokea elämänsä mielekkääksi ja tarkoituksenmukaiseksi sekä tuntea oman arvonsa yksilönä. Suomalaisten työelämässä mukana olevien miesten ja varsinkin naisten itsetunto on yhteydessä henkilökohtaisen tiedollisen, taidollisen ja sosiaalisen kompetenssin tunteeseen sekä yksilökeskeiseen, itsensä korostamiseen liittyvään arvopohjaan. Elämänhallinnan ongelmat ja elämän tarkoituksettomuuden tunne liittyvät heikkoon itsetuntoon. (Jaari 2004, 277-280.)

Vanheneminen on tapahtuma, jossa niin biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät sekä yksilön terveys, ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Vanheneminen on myös sosiaalinen ilmiö. Yhteisön erilaiset normit vaikuttavat siihen, mitä ikäihmiseltä odotetaan niin käyttäytymisen kuin toiminnan taholta. Eläkeikärajat havainnollistavat sosiaalista vanhene- mista kuin myös vanhentamista. Fyysiset ja fysiologiset muutokset vaikuttavat osaltaan sekä yksilön tiedonkäsittelymahdollisuuksiin ja -toimintoihin että sosiaalisiin aktiviteetteihin. Biologisilla vanhenemismuutoksilla on huomattavia yksilöiden välisiä eroja. Ne ovat yhteydessä

liikkumisaktiivisuuteen, ravitsemukseen, sairauksiin, lääkkeiden käyttöön sekä elimistön normaaleihin vanhenemismuutoksiin. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 206-207.)

Taiteen kokeminen koetaan usein elämyksenä. Kulttuuri- ja taide-elämys on emotionaalinen kokemus ja se luo myönteisiä hyvinolon tunteita ja hyvinvointia. Terveystieteen edistämisen mallit korostavat valtaistamista (empowerment) ja osallistamista (participation). Elämäntyyli ja sosiaalinen toiminta ovat terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Myös itse terveys on yksi hyvinvoinnin tila ja tässä hyvinvointi voidaan jakaa välittömään ja hetkelliseen nautintoon (esim. seksuaalinen nautinto) sekä pitkäkestoiseen tyydytyksen tunteeseen (äärimuotona flow eli kaiken ylittävä onnistumisen tunne). Myönteisiä elämyksiä ja emotionaalisia kokemuksia kokeneet ihmiset säilyttävät terveytensä muita paremmin. (Hyypä & Liikanen 2005, 36, 42, 70.)

2.4 Objektiivinen hyvinvointi ja resurssit

Hyvinvointitutkimuksissa ja -keskustelussa ovat viime vuosina painottuneet objektiiviset, asiantuntijoiden valitsemat resurssi-indikaattorit. Tätä resurssipohjaista ja inhimillisiin perustarpeisiin keskittyvää lähestymistapaa ei ole muutettu, vaikka kansalaisten resurssit ja toimintamahdollisuudet ovat parantuneet huomattavasti. Perustarpeiden tyydyttäminen ei ole nykyisin väestön enemmistön kannalta keskeisin hyvinvointihaaste. Täten uusien hyvinvointitutkimusten sekä hyvinvointi-indikaattoreiden tulisi huomioida ihmisten arkielämän luonteessa, tarpeissa ja muissa hyvinvoinnin tekijöissä tapahtuneet muutokset. (Hämäläinen 2006, 13-14.)

Suomalaisen väestön hyvinvointi on parantunut viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana, mutta hyvinvointierot ovat kasvaneet. Tulot ovat kasvaneet ja tulokehitys on ollut heikompaa keski- sekä erityisesti pienituloisilla. Myös terveyserot ovat kasvaneet eri sosiaaliryhmien välillä epäterveellisten elintapojen kasaantuessa tulonjaon alapäähän. Kasvaneiden hyvinvointierojen taustalla on myös laman myötä pitkään jatkunut korkea työttömyys. Työsuhteiden kehitys epätyypillisempään suuntaan eli tunti-, pätäkä- ja freelancetöihin on kasvattanut hyvinvointieroja. Lisäksi pienituloisimpien saamien tulonsiirtojen taso on heikentynyt suhteessa ansiotasoon. (STM 2007:3, 12-13.)

2.5 Terveys

Väestön fyysinen terveydentila on pitkällä aikavälillä kohentunut mm. terveydenhuoltojärjestelmän avulla, mutta aivan viime vuosina eräät korkeaan elintasoon liittyvät sairaudet ovat alkaneet huolestuttavasti lisääntyä. Mielenterveysongelmien määrä ei ole lisääntynyt viime vuosina, mutta lievätkin mielenterveysongelmat aiheuttavat vakavia ongelmia esim. tietotyössä, jossa työntekijän tuottavuus riippuu pitkälti hänen ajattelukyvystään, motivaatiostaan tai tunne-elämänsä tasapainosta. (Hämäläinen 2006, 15.) Terveys on kuitenkin yksi merkittävä hyvinvoinnin resurssi ja se on myös hyvinvoinnin osa-alueista ehkä perustavin, koska tietty hyvinvoinnin perustaso on paljolti terveyden varassa. Terveys lisää yksilön mahdollisuuksia, mutta hyvän elämän takeeksi se ei ole riittävä, joten se voidaan nähdä eräänlaisena hyvinvoinnin mahdollistajana ja perustavana osana sitä. (Kallio 2006, 218)

2.6 Arkipäivän toiminta

Yhteiskunnan moniarvoistuminen ja -mutkaistuminen sekä työmarkkinoiden murros näyttävät asettavan suurimmat haasteet hyvinvointivaltiolle, jossa valtion lisäksi markkinat ja perheet ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ihmisten hyvinvoinnin tuottajina ja turvaajina. Muutos yhdessä näistä heijastuu yleensä kahteen muuhun instituutioon. Epävakaus on tuonut hyvinvointivaltiolle riskien hallintaa ja vaatimuksia, joihin julkinen sektori on pyrkinyt vastaamaan tehostamalla toimintojaan markkinaehtoisesti ja ydintehtäviin keskittyen. Hyvinvointivaltion tehostamisen eräänä kitkapintana on ollut, että arviointi ja mittaaminen ovat tulleet osaksi toimintakulttuuria myös siellä, missä toiminnan motiivi ja eetos ovat perinteisesti lähteneet auttamisenhalusta. (STM 2007:3, 17.)

Työn ja kulutuksen merkitys on kasvanut ihmisen elämässä. Kansainvälisen kilpailun kiristymisen ja informaation parantuminen lisäävät kuluttajien valtaa markkinoilla, joten yritysten on tarjottava heille entistä yksilöllisempiä tuotteita. Kulutuksen painopiste siirtyy asteittain aineettomien palveluiden suuntaan, jolloin ihmisten arkea ja aikapulaa helpottavista henkilöpalveluista tulee kasvava talouden sektori. (Hämäläinen 2006, 16.)

Työelämä vaikuttaa eri tavoin mielenterveyden sekä myönteisten että kielteisten edellytysten luomiseen, joten työrooli, työtehtävät ja työpaikan ihmissuhteet muovaavat itsetuntoa ja heijastuvat hyvinvointiin. Työelämä synnyttää aineellisia edellytyksiä hyvinvoinnille. Psykkinen hyvinvointi tai mielenterveys voidaan kuvata yksilön ja ympäristön vuorovaikutukselliseksi tasapainotilaksi, joka voi häiriintyä ulkoisten tai sisäisten tekijöiden vuoksi. Altistavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi muutokset, jotka liittyvät itsetuntoon, ammattiin, läheisiin ihmissuhteisiin, toimintakykyyn ja terveyteen. Mielenterveyden ongelmat ovat merkittävä työkyvyttömyyden syy myös Suomessa. (Talala, Lahelma & Sarlio-Lähteenkorva 2003, 163.)

Työyhteisöjen tai harrastusryhmien ihmissuhteet ovat tärkeitä, mutta ne eivät usein pysty korvaamaan perinteisiä ihmissuhteita, joissa on tiettyä jatkuvuutta, varmuutta ja syvyyttä. Kansalaisten sosiaalisten suhteiden ja verkostojen tukeminen tarjoaa mahdollisuuksia suomalaisten hyvinvoinnin kehittämiseen. (Hämäläinen 2006, 17.)

Vapaa-ajasta on tullut aiempaa niukempi resurssi. Aikapulaa ovat pahentaneet mm. tulotason kasvu, joka on lisännyt ihmisten vaihtoehtoisia ajankäyttömahdollisuuksia; tietotyön siirrettävyys, mikä on lisännyt matkoilla ja kotona tehtävää työtä; harrastusten lisääntyminen; pidentyneet työ-, harrastus- ja kauppamatkat sekä lisääntynyt television katsominen. Perinteisten, vahvojen sosiaalisten suhteiden eli sosiaalisen pääoman vaaliminen on kärsinyt mm. kaupungistumisen aiheuttamasta muuttoliikkeestä. Perheelle, ystäville ja sukulaisille on usein liian vähän aikaa työn, harrastusten ja muiden arkirutiinien puristuksessa. (Hämäläinen 2006, 15.)

Suomalaisten turvattomuuden tunne on lisääntynyt ja se liittyy osaltaan ikääntyneen väestön määrän ja toisaalta tuloerojen kasvuun sekä syrjäytymiskehitykseen. Yksin asuvien vanhusten määrän voidaan ennakoida tulevaisuudessa kasvavan edelleen. (STM 2007:3, 14.) Turvallisuuden tunteen heikentymiseen on vaikuttanut arkielämän epävarmuuksien lisääntyminen, mm. työelämän epävarmuus, kiireen ja ihmissuhdeongelmien lisääntyminen sekä informaatiovaltakumouksen luoma infoähky. (Hämäläinen 2006, 19.)

Kansakunnan vaurastuminen ja hyvinvointivaltion menestys ovat nostaneet lähimmäisen rakkauden ja yhteisöllisyyden, arvostuksen sekä itsensä toteuttamisen hyvinvoinnin kehittämisen kannalta keskeiseen asemaan. Yhteisöllisyyden luonne on muuttumassa, kun ihmiset entistä enemmän rakentavat identiteettiään itse valitsemisensa yhteisöissä. Tällainen yhteisöllisyys voi olla myös hyvin itsekeskeistä, sillä se kilpailee perinteisten sosiaalisten suhteiden kanssa, eikä siihen välttämättä liity vastuunottoa muista yhteisöistä tai laajemmin yhteiskunnasta. Tietyn tulo- ja varallisuustason jälkeen talous tuottaa väheneviä hyvinvointihyötyjä ja muut tekijät kuin materiaalisen kulutuksen kasvattaminen tulevat keskeisiksi hyvinvoinnin kannalta. (Hämäläinen 2006, 18-19.)

2.7 Yhteiskunnan toimintapuitteet

Ihmisten arkipäivän toimintaympäristö on muuttunut. Luonnonympäristön kannalta merkittävin muutos liittyy ympäristöongelmiin, globaaliin ilmaston lämpenemiseen sekä uusiutumatomien luonnonvarojen kasvavaan niukkuuteen. Väestörakenteesta väestön vanheneminen sekä vanhempien ikäluokkien entistä parempi tulo- ja varallisuustaso, terveydentila ja suurempi aktiivisuus tulevat lisäämään seniorikansalaisten yhteiskunnallista ja taloudellista merkitystä. Seniorimarkkinoiden kasvu avaa uusia mahdollisuuksia hyvinvointipalveluiden sekä ikääntymiseen liittyvien teknologisten ratkaisujen kehittämiseksi. (Hämäläinen 2006, 25.)

2.8 Hyvinvointivaltioiden jaottelu

Hyvinvointivaltiot jaotellaan liberaaleihin (esim. Yhdysvallat, Australia), korporatiivisiin (esim. Saksa, Sveitsi) ja sosiaalidemokraattisiin (esim. Ruotsi, Suomi). Nämä eroavat toisistaan siinä suhteessa, miten vastuu hyvinvoinnista on jaettu valtion, markkinoiden sekä perheen kesken. Liberaalille mallille on ominaista tarveharkintaisuus, jossa julkinen sektori turvaa vain hyvinvoinnin vähimmäistason. Korporatiivisessa mallissa korostuu perheen ja suvun vastuu hyvinvoinnista. Siihen liittyy sosiaalisten oikeuksien kytkeytyminen yhteiskunnalliseen luokkaan, asemaan ja statukseen. Sosiaalidemokraattiseen malliin kuuluu kattavat sosiaalietuudet ja universaalit sosiaali- ja terveyspalvelut. (Kallio 2006, 225.)

Eri malleja edustavat hyvinvointivaltiot poikkeavat toisistaan myös taloudellisen eriarvoisuuden sekä köyhyysasteen mukaan. (Kallio 2006, 219.) Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden paradoksi on se, että näissä maissa on onnistuttu tehokkaasti vähentämään tuloeroja ja poistamaan köyhyyttä, mutta terveyserojen tasoittamisessa ei ole onnistuttu hyvin. Näin ollen hyvinvointivaltioiden välisten terveyserojen taustalla vaikuttavat muut tekijät kuin köyhyysaste tai valtion taloudellinen tasa-arvoisuus. (Kallio 2006, 225.)

2.9 Hyvinvointimittarit

Hyvinvointimittarit ovat osoittautuneet hyödyllisiksi tutkimustyökaluiksi ikään liittyvien psykologisten vahvuuksien (esim. autonomia) ja haavoittuvuuksien (esim. elämän tarkoitus) dokumentoinnissa, naisille tyypillisten vahvuuksien (esim. henkilökohtainen kasvu) tunnistamisessa ja sen osoittamisessa, miten sosiaaliset erot koulutuksessa ja tuloissa vaikuttavat hyvinvoinnin kokemiseen. Mittarit ovat olleet informatiivisia työkaluja arvioitaessa miten tyypilliset elämän kokemukset (esim. vanhemmuus, muutto myöhemmässä elämänvaiheessa) ja epätyypilliset haasteet (esim. sairaan puolison hoivaaminen) vaikuttavat hyvinvointiin. Samalla kvalitatiiviset tutkimukset ovat osoittaneet tiettyjen myönteisten aspektien, kuten kyky hyväksyä muutoksia tai yksinkertaisesti elämästä nauttiminen, näkymättömyyden nykyisessä mittarien muotoilussa. (Ryff & Singer 2006, 285.)

2.10 Tietoyhteiskunnan kehittyminen

Ihmisten arkielämää muuttaa myös tietoyhteiskunnan kehittyminen ja uusien tieto- ja viestintäteknologioiden leviäminen. Uusien digitaalisten teknologioiden hyödyntäminen merkitsee sitä, että kansalaisten elämästä ja toiminnasta yhä suurempi osa tallentuu erilaisiin rekistereihin ja tiedostoihin. Uutta teknologiaa voidaan käyttää kansalaisten turvallisuuden lisäämiseen, mutta toisaalta sitä voidaan myös käyttää väärin, mikä lisää yhteiskunnan haavoittuvuutta erilaisille tietosuojaj- ja tietoverkkorikoksille. (Hämäläinen 2006, 25.)

Yritykset voivat digitaalisen tiedon avulla parantaa markkinointinsa kohderyhmää tai tavoittaa yksittäisen asiakkaankin. Yksilön kannalta digitaalisen tiedon kasvu hämärtää yksityisyyden ja julkisuuden rajoja sekä vaikeuttaa omaa itseä koskevan tiedon kontrollointia. Lisäksi uuden teknologian laaja hyödyntäminen kasvattaa eri väestöryhmien välistä polarisaatiota, kun osa ihmisistä ei pysty hyödyntämään uusia tuotteita ja palveluja tehokkaasti. (Hämäläinen 2006, 25.)

Tekniikka ei ole kuitenkaan erillään sosiaalisesta todellisuudesta, vaan se on sosiaalisessa todellisuudessa rakentuva ja sitä rakentava osa. Kullekin ajalle ominaiset viestintävälineet muuttavat ihmisten tapaa hahmottaa maailma ja todellisuus. Sähköisiä viestintäverkkoja voidaan kuvata ihmisten välisenä hermojärjestelmänä, joka vie jokaisen meistä kaikkien muiden luo ja ulottuville ja muuttaa täten kulttuuria. Samalla kun globaalit tietojärjestelmät ja suur-yritysten verkkoinvestoinnit kasvavat, samaan aikaan myös yksittäiset kansalaiset ja heidän yhteisönsä muuttavat viestintätapojaan. (Viherä 2000, 79-80.)

Don Tapscottin (2009, 6, 8) mukaan ns. nettisukupolvi on nokkelaa, nopeaa, teknisesti taitavaa ja he kestävät muutoksia paremmin kuin edeltäjänsä. He ovat alkaneet muuttaa kaikkia nykyajan instituutioita työpaikoista markkinoihin, politiikasta koulutukseen sekä perhe-elämään ja he ovat myös muuttamassa kontrollikulttuuria mahdollisuuksien kulttuuriksi. He arvostavat sekä vapautta että valinnan vapautta. He haluavat muuttaa asioita oman näköiskseen. Kun informaatio virtaa vapaasti ja ihmisillä on työkaluja jakaa sitä tehokkaasti sekä käyttää sitä oman elämänsä organisointiin, elämä siinä muodossa kuin se nyt on, tulee muuttumaan.

Teknologian kehitys on tuonut mukanaan terveyden edistämisen kannalta erilaisia innovaatioita. Terveystta koskevaa tietoa on yhä helpommin saatavilla (internet), mutta ongelmaksi on tullut tiedon auktorisointi ja tulkinta. Mikä tieto on luotettavaa, ja kuka sitä tulkitsee, on avainkysymyksiä. Teknologia myös tuottaa itsehoidossa tarvittavia välineitä, esim. verenpainemittarit ja erilaiset pikatestit. Teknologia on avuksi myös etähoidossa ja terveydenhuollon sisäisessä viestinnässä. (Vertio 2003, 168-169.)

Yksilön kannalta tietoteknisten sovellutusten tulisi olla alustariippumattomia. Tämä on sidoksissa kysymyksiin, mihin tiedot on talletettu, missä toimii niiden hallintaan käytettävä ohjelmisto sekä missä muodossa tietosisällöt on talletettu. Yksilöllä tulee olla mahdollisuus siirtää tietonsa helposti elämäntilanteen muuttuessa tai markkinoille tulleen paremman ohjelmiston vuoksi eli käytön tulee olla helppoa, käyttäjälähtöistä ja eri elämäntilanteisiin sopivaa. (Nurminen & Meristö 2009, 21, 27.) Sähköisen asioinnin yleistyminen edellyttää sekä asiakkaiden ja viranomaisten tiedollisten ja teknisten valmiuksien parantamista että viranomaisten toimintaa koskevien ohjeiden tarkistamista vastaamaan lainsäädännön vaatimuksia (Pajukoski 2004, 6).

2.11 Hyvinvoinnin tulevaisuus

Hyvinvointi 2015 -ohjelman tavoitteeksi työn ja muun elämän yhteensovittamiseksi on asetettu ihmisen mittainen työ, joka mahdollistaa pitkän työuran vastapainoksi tyydyttävän perheelämän, elintason ja asumisen, vapaa-ajan ja hyvinvoinnin. Eläkeikää lähestyvien työssä jaksamista voitaisiin tukea joustavilla työaikajärjestelyillä. Kun pysyvä työllistyminen on epätoivottavaksi, olisi selvitettävä ns. välittävien työmarkkinoiden ja vapaaehtoistyön mahdollisuuksia. Motivoiva ja aktiivinen palkatonkin toiminta edistää elämäntilannetta ja tuottaa mielekkyyden ja merkityksellisyyden tunnetta. (STM 2007:3, 35–37.)

Jotta täydellinen henkinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmien kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. Stressi voi kääntyä kasvuksi, kun yksilön myönteinen, kasvua tukeva elämäntilanne perustuu luottamukseen siitä, että elämässä on jatkuvuutta ja ennustettavuutta, eteen tulevat asiat ovat ymmärrettävissä ja perusteltavissa, tilanteiden kulkuun on mahdollista vaikuttaa ja tilanteiden mukanaan tuomat muutokset ovat haasteita, merkityksellisiä ja niihin kannattaa panostaa. (Vertio 2003, 30, 50.)

Suomessa on korostettu ihmisten omaa vastuuta hyvinvoinnistaan, vaadittu aktiivisuutta ja korostettu työtä hyvinvoinnin ja toimeentulon lähteenä. Nämä seikat ovat olleet myös kantavana linjana ehkäisevässä sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Palveluiden tavoitteiksi tulisi asettaa Hyvinvointi 2015 -ohjelman mukaan asiakkaiden omien voimavarojen tehokkaampi hyödyntäminen ja informaalisien tukien vahvistaminen sekä palvelujen rakentaminen enemmän asiakkaiden omien voimavarojen varaan ja niitä hyödyntäen. (STM 2007:3, 23.)

3 Määrällinen tutkimus

Kvantitatiivisen tutkimuksen peruspiirteitä ovat mm. tutkittavien ilmiöiden objektiivinen havainnointi ja mittaus, kausaaliset syy-seuraussuhteiden selitykset, tutkimusprosessin kontrollin ja objektiivisuuden korostuminen, sekoittavien tekijöiden kontrolli ja hallinta, mittareiden laadinnan ja testauksen keskeisyys. Myös aineiston keruun on oltava strukturoitua ja otoksen satunnaistaminen, koko ja edustavuus on merkittävää. Lisäksi mm. tilastollisten menetelmien käyttö, yleistäminen ja deduktiivisuus ovat peruspiirteitä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 20.)

Opinnäytetyössä hyvinvointiin liittyviä seikkoja käsiteltiin mm. yksilön elämänkaaren ja elämänhallinnan, koherenssin tunteen ja voimaantumisen kautta aina yhteiskunnan luomiin määritelmiin hyvinvoinnista ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kohderyhmän valintaan kiinnitettiin huomiota ja ryhmä rajattiin koskemaan vuosina 1940-1953 syntyneitä henkilöitä, koska tässä joukossa on sekä eläkkeellä jo olevia sekä sinne lähivuosina siirtyviä. Valmista kyselylomakepohjaa ei ollut, joten se laadittiin tätä työtä varten. Opinnäytetyössä eläköityvän hyvinvointia kartoitettiin tekemällä satunnaisotantaan perustuva kysely Lohjan alueella asuville, vuonna 1940-1953 syntyneille henkilöille. Yhteystiedot ostettiin Väestörekisterikeskukselta. Kyselylomakkeita lähetettiin 1000 henkilölle postitse ja vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn myös sähköisesti.

Kvantitatiivinen menetelmä yhdistää empiirisen tieteen kokeellisen menetelmän matemaattiseen kuvaustapaan. Matemaattinen terminologia on eksaktimpaa, yksikäsitteisempää ja helpommin kommunikoitavaa. Numeerisia dataja voidaan käsitellä matemaattisesti, jolloin niitä voidaan analysoida tilastollisesti ja yleistäminen on mahdollista. Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät asettavat määrälliselle esittämiselle ehtoja eli edellyttävät mitta-asteikkoja. (Kyrö 2004, 101.) Kvantitatiivinen tutkimus kuitenkin vaatii tutkijalta valmiutta sukeltaa aineiston numeroiden takana paljastuvaan todellisuuteen (Jokivuori & Hietala 2007, 16).

Määrälliselle tutkimukselle on ominaista tiedon strukturointi, mittaaminen, mittarin käyttäminen, tiedon käsittely ja esittäminen numeroin, tutkimusprosessin ja tulosten objektiivisuus ja suuri vastaajien määrä. Tutkimuksen tarkoitus on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa esim. ihmisiä koskevia asioita. Se pyrkii tulosten yleiseen kuvailuun numeraalisesti ja tavoitteena on löytää aineistosta yleisiä lainalaisuuksia. Tutkimusongelma esitetään usein selitystä ennakoivan hypoteesin muodossa. Määrällisessä tutkimuksessa teorioista alkaa tutkimus ja mitattavat asiat muodostetaan yleensä teorioista. (Vilkkä 2007, 17, 26.)

Määrällisessä tutkimuksessa ihminen havaintoyksikkönä on ongelmallinen, koska hänellä on samanaikaisesti monenlaisia rooleja, jotka vaikuttavat vastaamiseen. Kuitenkin määrällisessä tutkimuksessa oletetaan, että vastaaja vastaa yksiselitteisesti tietystä tutkijan ennakoimasta näkökulmasta tai roolista. (Vilkkä, 2007, 74-75.) Kausaalinen selittäminen on lähellä arkielämän tilannetta, jossa puhutaan syistä ja seurauksista, jolloin yhdellä ja samalla ilmiöllä voi olla useita syitä. Täten kaikkia tutkittavaan ilmiöön liittyviä tekijöitä ei voida koskaan tavoittaa yhdessä tutkimuksessa. Tekijän on siis tiedostettava omat tutkimuslähtökohtansa ja rajoitteensa tutkimisessa sekä tulkinnessa. (Jokivuori & Hietala 2007, 23-24.)

Ihmistieteellistä tutkimusta tekevä ei ole sinänsä kiinnostunut analyysin tuottamista tunnusluvuista, vaan näiden sijasta tekijä on kiinnostunut niistä ilmiöiden välisistä (kvalitatiivisista) yhteyksistä, joita voidaan todentaa käyttämällä kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Kvantitatiivisen aineiston analyysi muistuttaa parhaimmillaan klassista tieteellistä koeasetelmaa, johon usein sisältyy ajatus asioiden välisistä syy-seuraus-suhteista eli kausaalisuudesta. (Jokivuori & Hietala 2007, 11, 18.)

Empiirinen tutkimus on aikaisempaan tutkimustietoon ja tekijän omaan aivotoimintaan nojaavaa teoretisointia ja mittaustulosten empiiristä analyysiä. Teoreettiset käsitteet ja niitä vastaavat indikaattorit voivat tutkimuksessa vastata toisiaan hyvin tai huonosti. Kyselylomakkeen kysymykset ja väittämät voivat siten olla yksittäisiä ja irrallisia ilman teoreettista yhteyttä. (Jokivuori & Hietala 2007, 10-11.)

3.1 Otanta

Otannan onnistuminen on keskeinen tekijä määrällisessä tutkimuksessa, jossa pyritään yleistämään saatuja tuloksia perusjoukkoon. Sen avulla pyritään saamaan isosta perusjoukosta eräänlainen pienoismalli, joka kuvaa ja vastaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. Otannan koko on aina eräs mietittävä tekijä ja se riippuu aina perusjoukon koosta ja tutkittavasta asiasta. (Valli 2001, 102-103.)

Otanta voidaan tehdä eri tavoin esimerkiksi yksinkertaisena satunnaisotantana, systemaattisena otantana, ositettuna otantana ja ryväotantana. Otoskoon vaikuttaa tulosten tarkkuustavoite ja se voidaan ratkaista tilastollisia laskelmia käyttäen (Hirsjärvi ym. 2005, 169). Yksinkertainen satunnaisotanta on perusmenetelmä, jossa havaintoyksiköt valitaan sattumanvaraisesti. Tätä käytetään tavallisesti, kun havaintoyksiköiden ominaisuudet tai ilmenemistavat eivät vaihteile. Perusjoukko otannassa on tarkkaan määritelty ja tunnettu, mutta siitä on vähän tietoa. (Vilkkä 2007, 53.)

3.2 Otos

Otos on kohderyhmän eli perusjoukon osa, jolla voidaan saada kokonaiskuva koko perusjoukosta. Otoksen tulisi edustaa kaikkia perusjoukon ilmenemistapoja ja ominaisuuksia, mutta otos ei kuitenkaan koskaan täysin kuvaa perusjoukkoa. Otoksen tulokset pätevät vain tietyllä todennäköisyydellä perusjoukkoon. (Vilkkä 2007, 56-57.)

Tutkimuksessa käytettävät tilastolliset menetelmät vaikuttavat otoskokoon eli monimutkaiset analyysit vaativat suuremman otoskoon kuin yksinkertaiset analyysit. Suppean kohderyhmän kohdalla ja kun tuloksia tarkastellaan kokonaistasolla, saatujen vastausten määrän tulisi olla vähintään sata havaintoyksikköä, kun käytetään jotakin tilasto-ohjelmaa. Kaikkiaan vastaajia tulisi olla 200-300. Mittauksen kohteena on aina toteutunut otos ja kyselytutkimuksissa vastaajia saattaa olla vain 25-30 prosenttia otoksesta. (Vilkkä 2007, 56-57.)

Opinnäytetyössä eläköityvän hyvinvointia kartoitettiin tekemällä satunnaisotantaan perustuva kysely Lohjan alueella asuville, vuosina 1940-1953 syntyneille henkilöille. Kyselylomakkeita lähetettiin 1000 henkilölle postitse ja vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn myös sähköisesti. Lomake sisälsi 17 kysymystä, joista kolme oli avoimia. Lomakkeita palautui 337 kpl (n=337), joten vastausprosentti on 33,7. Tällainen prosenttiluku on normaali silloin, kun kyselykierroksia tehdään vain yksi. Opinnäytetyön kannalta vastausprosentti on riittävä ja se kuvaa kattavasti kohderyhmän.

3.3 Tutkimusaineisto ja sen edustavuus

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa ja se kerätään standardoidusti ja siinä kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Kyselytutkimusten avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja se on menetelmänä tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. Myös kustannukset ja aikataulu voidaan arvioida melko tarkasti. Kyselytutkimuksen heikkoutena voi olla aineiston pinnallisuus ja tutkimuksen teoreettinen vaatimattomuus. Haittoja voivat olla esimerkiksi myös vastaajien suhtautuminen tutkimukseen, vastausvaihtoehtojen onnistunut laadinta vastaajien näkökulmasta katsottuna ja kato (vastaamattomuus). Kyselylomakkeen laatiminen on tehtävä huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 182-184.)

3.4 Metodiset valinnat ja mittarit

Kvantitatiivinen tutkimus korostaa yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Siinä keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelmat (sovelluttava määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen), tutkittavien henkilöiden valinnat (perusjoukon määrittely ja tästä otos), muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2005, 130-131.)

3.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat siitä huolimatta. Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tämän arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2005, 216.) Kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on satunnaisvirheitä mahdollisimman vähän. Tätä voidaan arvioida esimerkiksi uusintamittauksella. (Vilka 2007, 152.)

Opinnäytetyön kyselyn vastaajien lukumäärä oli 337 kpl. Kyselyssä ei tehty ns. karhuamiskierrosta, jolloin vastausprosentti olisi saattanut nousta huomattavastikin. Tulokset kuvaavat hyvin tätä vastaajajoukkoa, joten aukkoja ei jäänyt. Tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, koska vastaajia oli alle puolet kokonaisjoukosta.

3.5.1 Reliabiliteetti

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta kvantitatiivisessa tutkimuksessa erilaisilla tilastollisilla menettelytavoilla, joiden avulla voidaan arvioida mittareiden luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2005, 216.) Yksi reliabiliteetin arviointikeino on johdonmukaisuus. Sisäisen johdonmukaisuuden arviointi tapahtuu johdonmukaisuuden ehdot täyttävien vastausten prosentuaalisen osuuden tarkastelulla. Reliabiliteetti voidaan ilmoittaa prosenttilukuna. Arvioitavien piirteiden moniulotteisuus voi vaikuttaa siihen, että vastausten sisäinen johdonmukaisuus ei toteudu. Se kuitenkin vaikuttaa vain reliabiliteettikertoimen laskemiseen. (Valli 2001, 113.)

3.5.2 Validiteetti

Tutkimuksen pätevyys eli validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota kuvitellaan tutkittavan. Jos saatuja tuloksia käsitellään alkuperäisen ajattelumallin mukaisesti, vaikka vastaajat ovat saattaneet käsittää monia kysymyksiä väärin, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2005, 216–217.) Ulkoinen validius käsittää tarkastelun siitä, kuinka yleistettävä tutkimus on. Tämä on otannan tekemiseen liittyvää pohdintaa. Sisällön validius on enemmänkin käsitteellinen tai teoreettinen kuin laskennallinen ominaisuus mittauksessa. Ilmiötä ei tarvitse tutkia kokonaisuudessaan, osan voi jättää tietoisesti pois. (Metsämuuronen 2006, 115–116.)

3.6 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. On kysyttävä, kenen ehdoilla kysytään ja valitaan tutkimusaihe sekä miksi tutkimukseen ryhdytään. Tiedonhankintatapoihin on kiinnitettävä huomioita. On selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään asiaan perehtyneesti annettu suostumus (informed consent). Tutkimustyössä on vältettävä epärehellisyyttä sen kaikissa osavaiheissa. Keskeisiä tekijöitä tässä ovat mm. että toisten tekstiä ei plagioida, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä eikä tutkimuksen tuloksia yleistetä kritiikittömästi. Raportointi ei myöskään saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista ja tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja ei käytetä väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2005, 25–28.)

Kvantitatiivisen aineiston keruuta ja tulosten käsittelyä koskevat toimintaohjeet ovat yleisiä ohjeita, jotka koskevat kaikkia aineistojen keruumenetelmiä. Nämä ohjeet käsittelevät etukäteen vastaajalle tutkimuksesta annettavien tietojen sisältöä, osallistumisen vapaaehtoisuutta, haastateltavan antamien vastausten luottamuksellista käsittelyä sekä vastaajan tunnistamattomuutta esitetyistä tuloksista (Piispa 2006, 141.)

Tutkittaville tulee heidän sitä halutessaan taata mahdollisuus säilyä anonymieinä valmiissa tutkimuksessa. Anonymiteetin säilyttämisellä on selkeitä etuja tutkimuksen kannalta; se lisää tutkijan vapautta käsitellä mm. arkoja asioita. Se myös edistää tutkimuksen objektiivisuutta tekemällä arkojen ja ristiriitaisten asioiden käsittelyn helpommaksi. Anonymiteetti myös rohkaisee ihmisiä puhumaan rehellisesti ja suoraan ja helpottaa näin tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen keräämistä. (Mäkinen 2006, 114.)

Luottamuksellisuus tutkimusaineiston käsittelyssä on selvitettävä tutkittaville yksityiskohtaisesti. Tutkittaville on selvitettävä esimerkiksi se, ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin ja kuinka heidän henkilöllisyytensä salaaminen käytännössä tapahtuu. Tämä edellyttää tutkittavien informointia tutkimuksen kaikista yksityiskohdista sekä yksityiskohtaista selvitystä luottamuksellisuudesta. (Mäkinen 2006, 116.)

Kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Saatekirjeessä kerrottiin työn tavoitteesta ja tarkoituksesta sekä työn tekijän yhteystiedot ja ohjaavan opettajan nimi. Henkilöiden osoitetiedot olivat vain opinnäytetyöntekijän nähtävillä lomakkeiden postituksen ajan. Osoitetietoja säilytettiin ennen lomakkeiden postitusta ammattikorkeakoulussa lukittavassa tilassa.

3.7 Analyysimenetelmät

Tutkimusongelmat saattavat tiukasti ohjata menetelmien ja analyysien valintaa. Ongelma ja analyysi ovat kuitenkin yleensä rakenteeltaan yhteneväiset. Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta sekä johtopäätösten teko ovat tutkimuksen ydinasioita. Analyysivaiheessa selviää, min-kälaisia vastauksia ongelmiin saadaan. Analyysivaiheessa saattaa myös selvitä miten ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2005, 209.)

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysitapa valitaan sen mukaan, ollaanko tutkimassa yhtä vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. Kun tavoitteena on analysoida kahden muuttujan välistä riippuvuutta, voidaan käyttää mm. ristiintaulukointia. (Vilkka 2007, 119.)

Tunnusluvuilla voi helposti esittää numeraalista tietoa ja niiden laskemisessa helpoin tapa on käyttää tilasto-ohjelmia. Ristiintaulukoinnilla voidaan havainnollistaa tietoa siitä, miten eri muuttujat ovat riippuvaisia toisistaan. Tämän avulla voidaan mm. päätellä, miten jotkut havaitut asiat vaikuttavat toisiinsa. Suoraa syy-seuraussuhdetta ei voida kuitenkaan tehdä ristiintaulukoinnin perusteella. (Vilkka 2007, 120.)

Kyselyn tuloksista tehtiin yhteenvetoraportin lisäksi kuusi erilaista ristiintaulukointia. Vertailuryhminä käytettiin nainen/mies, 1940-45/1946-49 syntyneet, 1946-49/1950-53 syntyneet, 1940-45/1950-53 syntyneet, vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat/vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeelle pian jäävät sekä vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeelle pian jäävät/myöhemmin eläkkeelle jäävät. Näin pyrittiin varmistamaan työn pätevyyttä sekä saamaan selville eri ryhmien mahdolliset eroavaisuudet.

Aineistosta päästään tekemään päätelmiä usein vasta esitöiden jälkeen. Ensimmäisenä vaiheena on tietojen tarkistus. Aineistosta tarkistetaan tietojen virheellisyys ja niiden mahdollinen puute. Esimerkiksi kyselylomaketutkimuksessa on päätettävä, onko joitain lomakkeita hylättävä. Jos vastaaja on jättänyt vastaamatta yhteen asennemittarin osioon, voidaan lomaketta kuitenkin hyödyntää käyttämällä tiedon saantiin täydennyksenä vaikkapa keskiarvotietoa. (Hirsjärvi ym. 2005, 209-210.)

Opinnäytetyön tulokset ovat kuvailevia ja työssä on käytetty suoria jakaumia. Tulokset on visualisoitu makaavien pylväsdiagrammien muodossa. Näin on pystytty esittämään havaintojen määriä. Ristiintaulukoiden avulla on pyritty selvittämään eri vertailuryhmien mahdollisia eroavaisuuksia ja kartoittamaan mielipiteitten syvempiä merkityksiä.

Toisena vaiheena on tietojen täydentäminen. Esimerkiksi kyselylomaketietojen kattavuutta pyritään lisäämään lomakkeita karhuamalla. Kolmantena vaiheena on aineiston järjestäminen tiedon tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti, jossa jokaiselle havaintoyksikölle (tutkittavalle kohteelle) annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi ym. 2005, 210.)

Kyselystä ei tehty toista, ns. karhuamiskierrosta. Jos näin olisi tehty, olisi ollut todennäköistä, että vastausprosentti oli ollut huomattavasti korkeampi. Vastauslomakkeita palautui postitse 273 kpl, joista yksitoista palautui liian myöhään. Lisäksi lomakkeita palautui kolme kpl, joissa kahdessa vastaanottaja oli tuntematon ja yksi oli muuttanut. Sähköisellä lomakkeella vastaajia oli 75 kpl. Postitse ajoissa tulleet vastauslomakkeet (262 kpl) tallennettiin käsin sähköiselle lomakkeelle Digium ohjelmaan. Vastaajien lukumäärä oli yhteensä 337 kpl.

Koska pieni osa vastauslomakkeista oli vajavaisesti täytettyjä, katsottiin tarpeelliseksi muodostaa vastaajaryhmiä erilaisia vertailuryhmiä, jotta voitiin havainnollistaa tietoja eri muuttujien välisistä suhteista. Ristiintaulukoista voitiin mm. päätellä, miten jotkut havaitut asiat mahdollisesti vaikuttivat toisiinsa ja onko eroavaisuuksia eri ikäryhmien välillä. Erilaisia ristiintaulukkoraportteja luotiin kuusi kappaletta. Raportit tulostettiin suoraan ohjelmasta.

3.8 Kyselylomakkeen laadinta

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen teko aloitettiin syksyllä 2008, jolloin suunniteltiin ensimmäinen versio kyselylomakkeesta. Lomake sisälsi kysymyksiä, jotka käsittelivät melko paljon elämänhallintaa ja terveyttä. Lomakkeen sisältöä tarkastettiin tutkimusongelman mukaisesti ja toinen versio oli hahmoteltu marraskuussa 2008. Lomake testattiin viidellä koevastajaalla joulukuussa 2008 ja tammikuussa 2009. Koevastajat edustivat erilaisia ammattiryhmiä ja heissä oli sekä eläkkeellä jo olevia että eläköitymässä olevia. Vastaajista neljä vastasi sähköisessä muodossa ja yksi henkilö paperilomakkeella. Koekyselyyn liitettiin myös palauteosio kysymyksistä ja lomakkeesta yleensä. Koevastajilta saatiin lisätietoa siitä, minkälaisia asioita he toivoisivat kysyttävän eläköitymiseen liittyen, mitä he toivoisivat yleensäkin sähköisen palvelualustan sisältävän ja palautteissa oli myös vapaamuotoisia arviointeja eläköitymisen vaikutuksista yksilön elämään. Vapaamuotoisissa vastauksissa oli eläköitymisen vaikutuksista elämään mainittu mm.:

Vanheneminen on taitolaji,...elämänhallinta on riittävää..., ...en olisi uskonut nuorena, että vanhana oleminen on näin hienoa, ..arvo-/arvostusmaailman olennainen muutos..., vapaata aikaa vähän enemmän, eikä paskiaisia tarvinnut hyväksyä yhteistyökumppaneiksi.

Lopullinen kyselylomake nimeltään ”Terveys-, hyvinvointi- ja palvelukysely” muokattiin valmiiksi syyskuussa 2009. Kyselylomake sisälsi pääotsikoina kohdat: Taustatiedot (kysymykset 1-6), terveys- ja hyvinvointitiedot (kysymys 7 alakohtineen), tietotarpeet (kysymykset 8 ja 9), sähköiset palvelut (kysymykset 10-12), sähköiset palvelutarpeet ja -tarjoajat (13-16) sekä lopuksi -otsakkeen. Tässä viimeisessä kohdassa kysyttiin vastaajalta oliko hän miettinyt, mitä vaikutusta on eliniän odotteen pitenemisellä hänen elämäänsä. Lomake sisälsi 17 kysymystä, joista kolme oli avoimia kysymyksiä.

Koska alun perin oli tarkoitus, että kyselyyn vastataan sähköisesti, laadittiin se sähköiselle alustalle (Digium). Kyselylomake oli selkeä, pääotsikoihin jaettu ja helposti luettavissa. Kuitenkin lomake jouduttiin lähettämään paperiversiona, koska Väestörekisteristä ei voitu luovuttaa sähköpostiosoitteita. Aikataulullisista syistä aikaa ei ollut uudenlaisen lomakkeen tekoon, joten lomakkeen kysymykset tulostuivat peräkkäin eikä selkeää jaottelua ollut näkyvisä. Tämä ilmeisesti vaikeutti vastaajien hahmottamista lomakkeessa olevien eri osioiden suhteen ja näin osaltaan vaikutti joidenkin kysymysten luettavuuteen sekä niiden yhteyteen edellisiin kysymyksiin.

3.9 Tausta-, terveys- ja hyvinvointitiedot

Taustatiedoissa selvitettiin vastaajan syntymävuosi (kahden vuoden tarkkuudella), sukupuoli, siviilisääty, perus- ja ammatillinen koulutus ja eläkkeellejäämisaika. Näin saatiin tietoa mm. yksilön elämäntilanteen, yhteiskunnallisen aseman ja sosiaalisen tuen tai sen puuttumisen vaikutuksesta hyvinvointiin. Terveys- ja hyvinvointitietojen kohdalla käytettiin yksilön kokemuksen hyvinvoinnin suhteen kysymyksiä terveydentilasta, onnellisuuden asteesta, arjesta selviytymisestä sekä harrastuksista ja ihmissuhteista. Vaihtoehtoja olivat erittäin hyvä, hyvä, kohdallinen ja huono. Yksilön hyvinvointiin yleisesti katsotaan liittyvän mm. perheyhteisön, erilaiset harrastukset mutta muunlainenkin ympäristö, myös henkinen, luo hyvinvointia. Arjesta selviytyminen on aina olennaista hyvinvoinnin ja terveyden kokemiselle.

3.10 Tietotarpeet

Terveyden tietotarpeita kartoitettiin kysymällä mitä tietoja ja miltä ajalta yksilö näitä haluaisi, kun siirtyy työelämästä eläkkeelle. Dokumentteina kyselyssä oli mainittu epikriisit, rokote- ja terveystarkastustiedot sekä röntgenkuvat. Myös avoin vaihtoehto oli mukana. Ajanjaksoista vaihtoehtoina oli koko elämä, 20 vuoden, 10 vuoden, 5 vuoden sekä alle 5 vuoden ajanjaksot. Tässä kohdassa kartoitettiin vain terveystietoja, koska haluttiin saada selville, mitkä tiedot ja miltä ajalta yksilö katsoo tarpeelliseksi saada eläkkeelle siirtyessään.

3.11 Sähköiset palvelut ja palvelutarpeet

Sähköiset palvelut -kohdassa haluttiin saada tietoa niistä laitteista, mitä yksilö käyttäisi mm. terveystietojensa tarkasteluun. Lisäksi kysyttiin, minkälaisia palvelusisältöjä yleensäkin sähköisesti voitaisiin tarvita, esimerkiksi hyvinvointiyritysten ja sosiaali- ja terveysalan tietoja tai yhteiskunnan ja oman kotikunnan palvelutarjontaa. Lopuksi kartoitettiin, haluaisivatko vastaajat saada edellä mainittuja tietoja automaattisesti sähköpostin tai kunnan nettisivujen kautta tai muulla tavoin.

Sähköiset palvelutarpeet ja -tarjoajat -kohdassa kyselyä pyrittiin syventämään siten, että saataisiin selville, minkälaisia eri palvelualojen tarjoamia tietoja katsotaan tarpeelliseksi saada. Vaihtoehtoina olivat mm. terveys- ja lääkärikeskukset, liikunta- ja kauneusalan palvelut, Terveysportin tms. alustan käyttö sekä yhteisö- ja verkostopalvelut. Lisäksi kysyttiin, kenen haluttaisiin kokoavan edellä mainitut tiedot yksilön omaan käyttöön, haluttaisiinko sähköisen palvelun sisältävän ns. keskustelumahdollisuuden toisten kanssa (vertaistuki), näiden aiheet ja lopuksi vielä kartoitettiin millä tavalla sähköistä palvelua haluttaisiin käyttää.

3.12 Avoin kysymys

Lopuksi kyselyssä oli avoin kysymys siitä, onko yksilö miettinyt mitä vaikutusta eliniän odotteen pitenemisellä on hänen elämäänsä. Tällä kysymyksellä haluttiin päästä kartoittamaan syvemmin yksilön ajatuksia eläköitymisen vaikutuksesta elämään. Eliniän odotteen pitenemisen vuoksihan usealla eläköityvällä on vielä runsaasti ns. aktiivivuosia jäljellä, jolloin fyysinen ja henkinen vireys ovat hyvällä tasolla ja yksilön vaikutusmahdollisuudet sekä omaan elämäänsä, sosiaaliseen ympäristöön ja yhteiskuntaan ovat merkittäviä.

4 Hyvinvointikyselyn tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten yksilön hyvinvointia voidaan turvata, sen jälkeen kun henkilö ei enää kuulu mm. työterveyshuollon piiriin eikä ole enää työelämässä.

Ikääntymistä sinänsä ja sen vaikutuksia yksilön elämään on tutkittu jo melko laajasti, joten eläköityvien ja eläkkeelle äskettäin jääneiden henkilöiden mielipiteitä haluttiin nyt tarkastella lähemmin. Tarkoitus oli myös selvittää miten yksilön hyvinvointia tuetaan erilaisilla, myös sähköisesti mahdollisesti saatavilla, tiedoilla ja palveluilla ja miten ne saataisiin yksilön ulottuville. Hyvinvoinnin peruskäsitteitä on työssä hahmotettu laajasti, koska hyvinvointi ei enää nyky-yhteiskunnassa sisällä ainoastaan yksilön sairaus-terveys-talous -akselia, vaan on ulotettavissa eri elämäntilanteissa erilaisiin elämänhallinnan kokemuksiin.

4.1 Kyselyn otanta

Tässä opinnäytetyössä eläköityvän hyvinvointia tutkittiin tekemällä satunnaisotantaan perustuva kysely Lohjan alueella asuville eläköityville ja jo eläkkeellä oleville eli vuonna 1940-1953 syntyneille henkilöille. Yhteystiedot ostettiin Väestörekisterikeskukselta. Kyselylomakkeita lähetettiin 1000 henkilölle postitse ja vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn myös sähköisesti. Vastaajien anonymiteetti turvattiin ja kyselyn toteutuksessa noudatettiin eettisiä periaatteita. Lomake sisälsi 17 kysymystä, joista kolme oli avoimia. Näistä vastauksista saatiin aineistoa, joiden perusteella pyrittiin kartoittamaan syvempää tietoa vastaajien mielipiteistä. Lomakkeita palautui 337 kpl (n=337), joten vastausprosentti on 33,7. Tällainen prosenttiluku on normaali silloin, kun kyselykierroksia tehdään vain yksi. Opinnäytetyön kannalta vastausprosentti on riittävä ja se kuvaa kattavasti kohderyhmän.

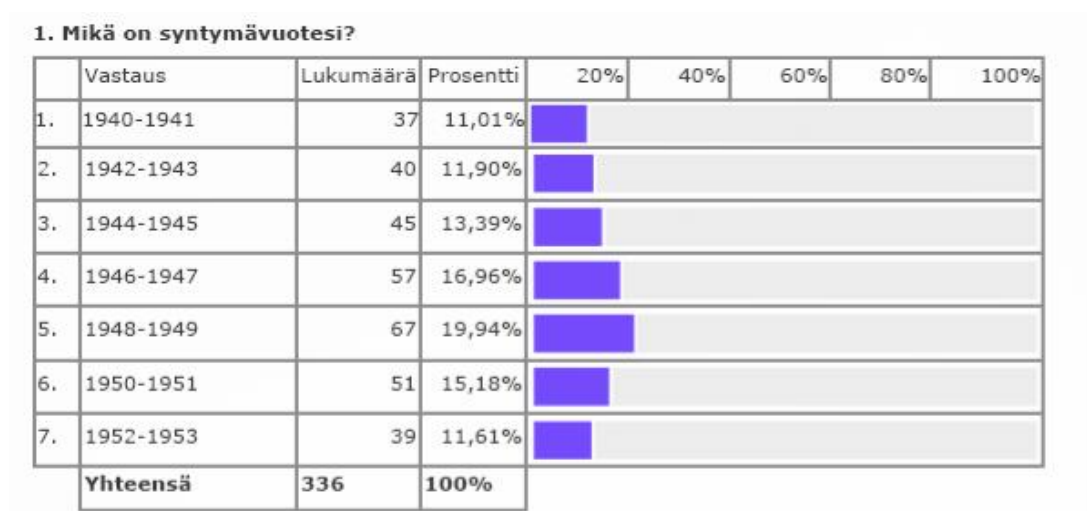
Opinnäytetyön kyselylomakkeiden tiedot ajettiin tilasto-ohjelma Digiumiin, ja tulokset ovat suorien jakaumien muodossa. Yhteenvedoraportti on tiivistämis- ja havainnollistamiskeino niistä mielipiteistä ja vaihtoehtoista, joita vastaajat ovat valinneet. Kyselyn tuloksista tehtiin myös erilaisia ristiintaulukointeja, joiden perusteella pyrittiin saamaan syvällisempää tietoa vastaajajoukon mielipiteistä ja niiden mahdollisista taustoista.

Ristiintaulukoita tehtiin kaikkiaan kuusi erilaista. Tarkentavina taulukoina otettiin miehet/naiset, vuosina 1940-45/1946-49 syntyneet, vuosina 1946-49/1950-53 syntyneet, 1940-45/1950-53 syntyneet, vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat/pian jäävät sekä vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeelle pian jäävät/myöhemmin eläkkeelle jäävät.

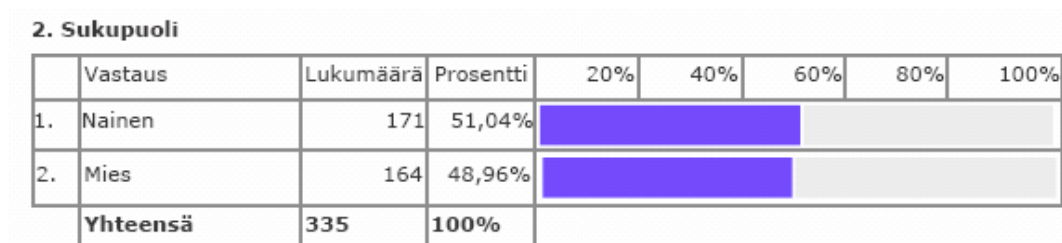
4.2 Kyselyn otos

Otos (N=337) tässä työssä on siis kohderyhmän eli perusjoukon osa, jolla voidaan saada kokonaiskuva koko perusjoukosta. Otos edustaa kaikkia perusjoukon ilmenemistapoja ja ominaisuuksia, mutta ei kuitenkaan koskaan täysin kuvaa perusjoukkoa. Otoksen tulokset pätevät vain tietyllä todennäköisyydellä perusjoukkoon (taulukko 1 ja 2). Näissä kahdessa alla olevassa taulukossa vastaajien lukumäärä on hieman pienempi kuin lomakkeiden kokonaispalautusmäärä, mikä johtuu siitä että vastaajat ovat jättäneet kyseisen kohdan merkitsemättä lomakkeeseen.

Taulukko 1: Perusjoukon ikävuosihajonta



Taulukko 2: Perusjoukon sukupuolijakauma



4.3 Vastaajien ikähajonta

Tässä työssä vastaajien ikähajonta on ollut melko tasainen kaikissa ikäluokissa, kuitenkin hieman enemmän vastaajia on ollut vuosina 1946-47- ja 1948-49 syntyneissä (16,96 % ja 19,94 %). Miesten ja naisten osuus vastaajissa on ollut lähes yhtä suuri (naiset 51,04 %, miehet 48,96 %). Siviilisäädystä enemmistö on ollut naimisissa tai avoliitossa (77,01 %), jolloin voidaan jo tarkastella syitä, miksi suurin osa tähän kyselyyn vastanneista on ollut perheellisiä. Kyseessä voi olla satunnaisotantaan liittynyt seikka tai voi olla, että kyselyn saajista osa, jotka eivät olleet lainkaan vastanneet, ovat olleet perheettömiä. Erilaisissa hyvinvointia koskevissa artikkeleissa on kuitenkin väitetty, että yksi syrjäytymiseltä suojaava tekijä on parisuhde, varsinkin miehillä. Voidaan lisäksi olettaa että perheelliset ovat kiinnostuneita, ei ainoastaan omasta, vaan myös läheistensä hyvinvoinnista.

4.4 Vastaajien koulutustaso

Koulutuksen ja ammatin oletetaan olevan erään hyvinvoinnin ja terveyden mittari. Lähinnä tulotason vaikutusta, sen suuruutta, pidetään länsimaissa oleellisena tekijänä hyvinvoinnin kannalta. Tällä tarkoitetaan mm. vaurautta ja mahdollisuutta esimerkiksi yksityisiin terveyspalveluihin. Kuitenkin henkisen hyvinvoinnin kannalta vauraus ei tuo tutkimustenkaan mukaan kuin hetkellistä hyvinvoinnin tunnetta. Tässä kyselyssä peruskoulutuksena vastaajilla olivat kansalaiskoulu (32,84 %), keskikoulu/oppikoulu (26,27 %) ja lukio (22,39 %). Kansakoulun käyneiden määrä oli 18,51 %. Vuosina 1940-1953 syntyneiden aikana koulujärjestelmä oli vielä sellainen, että kansakoulun pystyi käymään suurin osa, mutta peruskoulutuksen jatkona kansalaiskoulu on ollut suuremman joukon saavutettavissa. Tässä kyselyssä vuosina 1940-45 syntyneiden osalta peruskoulutuksena oli kansakoulu (32,79 % vastaajista) ja 1950-53 syntyneiden kohdalla 46,07 % oli käynyt kansalaiskoulun.

Sotien jälkeinen tulotaso ei ole ollut monillakaan perheillä kovin suuri, joten jo pelkkä taloudellinen tilanne on voinut olla esteenä oppikoulun käymiselle. Lisäksi jälleenrakennuksen aikana on arvostettu enemmän käytännön työn tekijöitä yhteiskunnan rakentajina, joten on todennäköistä että monissa perheissä on arvostettu nopeaa työhön siirtymistä koulun jälkeen. Kuitenkin näistä tuloksista voidaan päätellä, että usealla on ollut mahdollisuus käydä keskikoulu ja lukio. Ammatillisen koulutuksen (nykyisin ns. toisen asteen koulutus) oli käynyt suurin osa vastaajista, ammattikoulun/-kurssin 31,48 % ja opistotason koulun 27,78 %. Ammattikoulun oli käynyt miespuolisista vastaajista 36,25 % kun taas opistotason koulutuksen oli hankkinut 31,90 % naisista. Yliopistotutkinto oli 11,73 %:lla vastaajista. Jokin muu -koulutus kohtaan oli jonkin verran tullut ammattikoulutusmerkintöjä, jotka olisivat sopineet lomakkeen vaihtoehtokohtiin, mm. lähihoitaja, kauppakoulu, oppisopimuskoulutus, emäntäkoulu, kauppakorkeakoulu.

4.5 Vastaajien eläkejakauma

Vanhuuseläkkeellä olevia oli vastaajista 36,83 % ja myöhemmin jääviä oli 34,73 %. Lähiaikoina eläkkeelle jääviä oli 15,27 % (taulukko 3). Kyselyssä ei ollut oma eläke-, työttömyys- eikä yksilöllistä varhaiseläkevaihtoehtoa. Koska vastausvaihtoehtojen ääripäät olivat kysymyksessä eniten edustettuina, tätä voidaan tarkastella lähemmin. Vanhuuseläkkeellä olevilla on kenties yksinkertaisesti enemmän aikaa vastata erilaisiin kyselyihin. Myöhemmin eläkkeelle jäävillä on mahdollisesti enenevässä määrin kiinnostusta omaan sekä läheisten hyvinvointiin ja terveyteen, mahdolliset tulevat eläkeikärajamuutokset saattavat askarruttaa ja hyvinvoinnin tukemisessa sähköisten viestimien käyttöön tarvittavat tietotekniset taidot ovat jo hyvin hallinnassa.

Taulukko 3: Perusjoukon eläkejakauma

6. Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto

Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1. Olen vanhuuseläkkeellä	123	36,83%					
2. Olen työkyvyttömyyseläkkeellä	42	12,57%					
3. Olen jäämässä lähiaikoina vanhuuseläkkeelle (1-2 v. sisällä)	51	15,27%					
4. Olen jäämässä lähiaikoina työkyvyttömyyseläkkeellä (1-2 v. sisällä)	2	0,60%					
5. Olen jäämässä myöhemmin eläkkeelle, milloin?	116	34,73%					
Yhteensä	334	100%					

4.6 Hyvinvointi- ja terveystiedot

Hyvinvoinnin määritelmiä on käsitelty tässä työssä laajasti, joten kyselyyn oli myös laadittu terveys- ja hyvinvointitietoja koskeva kysymys. Kysymys ei ollut kovin yksityiskohtainen, mutta siinä yritettiin yhdistää terveyden, onnellisuuden, arjesta selviytymisen, harrastusten sekä ihmissuhteiden osuus yksilön hyvinvoinnin kokemisessa. Suurin osa vastaajista koki hyvinvointinsa olevan hyvän näiden kaikkien vaihtoehtojen suhteen lukujen ollessa 44,11 % -55,45 %.

Arjesta selviytyminen oli 14,71 %:lla kohtalaista (taulukko 4). Selviytymisen taustalla oli usein terveydelliset syyt (taulukko 5), jotka saattoivat vaikeuttaa arjesta selviytymistä ja myös ikääntymisen kannalta näissä tapauksissa uhaksi katsottiin sen, miten erilaisia palveluita saa ja mitä ne maksavat.

Taulukko 4: Perusjoukon arkipäivän selviytymistaso

Arjesta selviytyminen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvä	101	30,33%					
2.	Hyvä	177	53,15%					
3.	Kohtalainen	49	14,71%					
4.	Huono	6	1,80%					
	Yhteensä	333	100%					

Taulukko 5: Perusjoukon terveystilanne

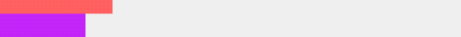
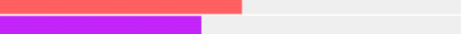
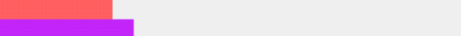
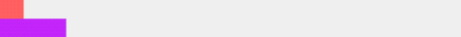
Terveystilanteen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvä	54	16,12%					
2.	Hyvä	149	44,48%					
3.	Kohtalainen	112	33,43%					
4.	Huono	20	5,97%					
	Yhteensä	335	100%					

Harrastusten suhteen oman tilanteensa koki huonoksi tai kohtalaiseksi enenevässä määrin vuosina 1950–53 syntyneet (taulukko 6). Työelämän kiireet, hyötyliikunnan vähäinen osuus ja yksinkertaisesti ajanpuute ovat todennäköisesti tähän vaikuttavia seikkoja. Lisäksi voidaan olettaa yhteiskunnan, ympäristön ja median luovan harrastusten suhteen enemmän vaatimuksia. Vanhimmat ikäluokat (1940–45 syntyneet) kokivat tässä kohdassa tilanteensa hyväksi.

Taulukko 6: Harrastustilanne vuosina 1940-45 (ylempi jana) ja 1950-53 (alempi) syntyneillä

Harrastusten suhteen


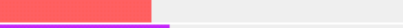
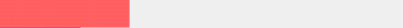

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvä	28	23,14%					
		16	18,18%					
2.	Hyvä	57	47,11%					
		35	39,77%					
3.	Kohtalainen	28	23,14%					
		24	27,27%					
4.	Huono	8	6,61%					
		13	14,77%					
	Yhteensä	121	100%					
	Yhteensä	88	100%					

4.7 Vastaajien tietotarpeet

Terveystieteen liittyviä tietotarpeita pyrittiin kartoittamaan kysymyksellä, jossa tiedusteltiin, mitä tietoja yksilö haluaisi tai olisi halunnut saada eläkkeelle siirtyessään esim. työterveyshuollosta. Ehdottomasti ja ehkä vaihtoehtoja oli eniten kun ne koskivat epikriisejä, rokotetietoja ja terveystarkastustietoja. Röntgenkuvien osalta prosentit jakautuivat tasan kaikkien vaihtoehtojen suhteen (ehdottomasti 33,33 %, ehkä 34,78 % ja ei lainkaan 31,88 %). Epikriisejä (sairauksettomuus) halusi ehdottomasti 41,05 %, ehkä vastauksia oli 34,39 %:lla. Vuosina 1950-53 syntyneet haluaisi epikriisitietojaan 45,33 % vastaajista (taulukko 7). Rokotetietoja ehdottomasti 41,05 %, ehkä 34,39 % ja terveystarkastustietoja ehdottomasti 41,96 %, ehkä 35,31 %.

Taulukko 7: Vuonna 1940-45 (ylempi jana) ja 1950-53 (alempi) syntyneiden erot tiedontarpeissa epikriisien suhteen

Tiedontarve*Epikriisit (sairauksettomuus) tai niiden yhteenveto*

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	42	39,62%					
		34	45,33%					
2.	Ehkä	34	32,08%					
		27	36,00%					
3.	Ei lainkaan	30	28,30%					
		14	18,67%					
	Yhteensä	106	100%					
	Yhteensä	75	100%					

Ajanjaksoina näille tiedoille epikriisien kohdalla katsottiin tarvitsevan koko elämän 27,94 % vastaajista ja 10 vuoden ajalta 25,98 % vastaajista. Rokotetietojen kohdalla koko elämän ajalta tiedot haluaisi 35,64 % ja 10 vuoden ajalta 29,21 %. Terveystarkastustietoja haluaisi 10 vuoden ajalta 30,15 % ja 5 vuoden ajalta 20,10 %. Röntgenkuvien kohdalla ajanjaksot jakautuivat tasaisesti lukujen ollessa 15,98 – 26,04 %. Pääsääntöisesti tämän joukon nuorin ikäluokka oli siis enemmän kiinnostunut erilaisten tietojen saamisesta. On huomattava, että kyselyssä ajanjakso -kohta oli monelta jäänyt huomaamatta sekä että kaikkiin vaihtoehtoihin ei ollut vastattu. Vastaajien kokonaismäärä vaihteli ajanjakso -kohdassa 169-204 henkilöön.

Jatkohoito-ohjeita eläkkeelle siirtyessään saattaisi tai olisi saattanut tarvita 44,30 % kaikista vastaajista ja ehdottomasti haluaisi 18,04 %. Vuosina 1950-53 syntyneistä näitä tietoja olettaa ehkä tarvitsevana 54,88 %:ia. Jo eläkkeellä olevista ehdottomasti näitä tietoja olisi katsonut tarpeelliseksi 20,38 %. Eläkeiän alkaessa suurin osa putoaa ehkäisevien terveyspalvelujen ulkopuolelle ja tämän vastaajat ovat myös tiedostaneet.

Muita tietoja, mitä halutaan saada eläkkeelle siirtyessä, ovat mm. mitä oikeuksia ja korvauksia (esim. lääkekorvauksia) eläkkeellä on mahdollista saada, hoitojen jatkuvuustietoja sekä julkisen terveydenhuollon toimintaa koskevia tietoja. Kelan etuuksia ja kuntoutuksia, vertaistukea sekä tietoa joukkotarkastuksista tarvitaan. Lisäksi hammashuollon- ja röntgentiedot, nykyinen tieto terveydentilasta, yhteenveto mahdollisista palveluista, kolmannen sektorin tarjonta yksissä kansissa, terveydenhoito-opas, eläke-etuuksista tietoa, harrastuksista, kerhoista, työntekomahdollisuuksista, taloudellista neuvontaa, itseä koskevien saatavuus/sijainti, opiskelumahdollisuudet, ilmaispalvelut ja -kuntoutus, tietoa lääkityksestä, kaupungin vanhustenhuollon toiminta olisivat tarpeellisia tietoja. Myös vastaava kuin neuvola lapsille olisi tarpeen eläköityvälle (geriatriaan erikoistuneet palvelut).

Lisäksi kysyttiin, onko vastaajilla ollut tilanteita, joissa olisi tarvinnut terveystietojaan, eikä ollut niitä saanut. Näitä tilanteita oli mm.:

Siirtynyt sairaanhoitopiiristä toiseen hoidettavaksi, niin tiedot eivät siirtyneet valtakirjasta huolimatta.., HYKSin kokonaishaastattelu vuodelta 1999, tietoja piti kerätä eri tahoilta. joskus olisi ollut tarvetta saada tietoja vanhoista röntgenkuvista.., veriarvot ja niiden merkitys, ..on ollut lääkärin vaihtuessa.., käynti lääkärissä, vastaukset ylimalkaisia.., rokotetiedot olleet hakusessa, ..ilmaislääkitystä varten Kelaan lähetettäväksi ehkä ratkaiseva sairauskertomus unohdettu antaa potilaalle/työterveyteen, kertomus arkistossa, myöhemmin haettu ei ilmaislääkitystä myönnetty.., mammografiatietoja kadonnut.., kiinnostaisi tietää sairauskertomukseni heti syntymän jälkeiseltä viikolta.., omaishoitaja ilman palkkaa, oma terveys ei vaikuta.., sairaaloiden ja terveyskeskusten tietojärjestelmät eivät voi toimia keskenään, koska tietokannat ovat erilaiset.., terveyskeskusten uudelleen järjestelyissä on kadonnut papereita...

Viimeisenä kysymyksenä tässä osiossa oli se, että missä muodossa yksilö haluaisi edellä mainittujen dokumenttien (epikriisit, rokote-, terveystarkastustiedot ja röntgenkuvat) olevan käytettävissään. Paperilla tiedot haluaisivat tällä hetkellä 70,51 % ja sähköisesti 25,32 %, muulla tavoin esim. kirjeitse 4,17 %. Vuosina 1950-53 syntyneiden kohdalla sähköisesti saatavia tietoja haluaisi jo 31,76 %:ia vastaajista. Tähän lukuun ilmeisesti vaikuttaa tietotekniikan tuntemus ja sen arkipäiväistynyt käyttö (taulukko 8). Miesten (30,97 %) kiinnostus sähköisten dokumenttien käyttöön oli hieman suurempaa kuin naisten (19,87 %). Useat vastaajat mainitsivat sähköisten tietojen käytön esteenä olevan sen, ettei heillä ole tietokonepäätettä kotona.

Taulukko 8: Dokumenttien saatavuusmuotojen tarve vuosina 1940-45 (ylempi jana) ja 1950-53 (alempi) syntyneiden välillä

9. Missä muodossa haluaisit edellä mainittujen dokumenttien olevan käytettävissäsi?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Paperilla	81	72,97%					
		54	63,53%					
2.	Sähköisesti	26	23,42%					
		27	31,76%					
3.	Muuten, miten?	4	3,60%					
		4	4,71%					
	Yhteensä	111	100%					
	Yhteensä	85	100%					

4.8 Sähköiset palvelut

Sähköisten palveluiden -osiossa kysyttäessä, että mikäli henkilö käyttäisi sähköisiä palveluja esim. terveystietojensa tarkasteluun, niin mitä laitteita hän mahdollisesti käyttäisi. Tietokonetta käyttäisi kaikista vastaajista jopa 81 % (taulukko 9).

Taulukko 9: Perusjoukon laitekäyttö sähköisten palveluiden suhteen

10. Jos käyttäisit sähköisiä palveluja esim. terveystietojesi tarkastelussa, niin mitä näistä laitteista käyttäisit?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Tietokone	243	81,00%					
2.	Kännykkä	33	11,00%					
3.	TV	5	1,67%					
4.	Jokin muu, mikä?	19	6,33%					
	Yhteensä	300	100%					

Sähköisten palveluiden sisältöä haluttaisiin käytettävän omien terveystietojen tarkasteluun harvoin 62,75 % vastaajista, usein 28,76 %. Hyvinvointiyritysten tietojen tutkimiseen harvoin 63,76 %, usein 28,76 %. Sosiaali- ja terveysalan tietojen tarkasteluun sähköisiä palveluja käyttäisi 66,33 % harvoin ja 20 % usein. Yhteiskunnan palvelujen tutkimiseen 52,86 % harvoin ja usein 36,03 % eli usein käyttävien määrä nousee tämän vaihtoehdon kohdalla. Oman kotikunnan palveluiden tutkimiseen sähköisiä palveluita käyttäisi usein 53,80 %. Kaikkia näitä vaihtoehtoja yhdessä käyttäisi usein 28,98 %, harvoin 62,54 %. Kaikkien vaihtoehtotietojen halutaan kuitenkin tulevan automaattisesti sähköpostiin kotiin (51,50 % - 55,91 %), mikäli sähköisiä palveluita käytettäisiin.

Omia terveystietojaan haluaisi sähköpostiin kotiinsa jopa 78,25 % vastaajista. Ilmeisesti oma sähköpostiosoite katsotaan olevan yksityinen, paperipostiin verrattava ja tietoturvaltaan hyvän. Kunnan nettisivulle (jolloin käytettävissä olisi oma käyttäjätunnus ja salasana) hyvinvointiyritysten tietoja haluaisi 35,46 %, sosiaali- ja terveysalan tietoja 35,71 %, yhteiskunnan palvelutietoja 38,72 % ja oman kotikunnan palvelutietoja 34,77 %. Yleisimpien julkisten palvelujen tiedot haluttaisiin siis saada myös julkiselle palvelimelle oman sähköpostin lisäksi.

4.9 Sähköiset palvelutarpeet ja -tarjoajat

Sähköiset palvelutarpeet ja -tarjoajat -osiossa kysyttiin mitä eri palvelualojen tietoja haluttaisiin saada sähköisessä muodossa. Terveyskeskusten ym. kunnallisten terveyspalvelujen tietoja haluaisi ehdottomasti 46,89 % ja ehkä 42,62 %. Lääkärikeskusten ja niiden tarjoamien erikoisalojen tietoja haluaisi ehdottomasti 38,87 % ja ehkä 51,50 %, liikunta-alan palvelujen tietoja ehkä 49,34 % ja ehdottomasti 32,12 %.

Kauneusalan palvelujen tietoja suurin osa vastaajista (55,97 %) ei tarvitsisi, mutta 37,54 % ehkä käyttäisi. Terveysportin tms. terveystiedon alustan käyttömahdollisuutta käyttäisi ehkä 55,82 %. Erilaisia yhteisö- ja verkostopalveluja käyttäisi ehkä 62,89 %. Tässä kohdassa on huomattava, että kauneusalan tietoja ei halunnut juuri kukaan miespuolisista vastaajista, joten voidaan arvioida, että mikäli sanamuoto kysymyksessä olisi ollut toisenlainen, esim. hyvinvointialan tietoja (fysioterapeutti, hieroja yms. mukana), olisi tämän kohdan vastausprosentti voinut olla erilainen.

Terveysportti on vielä joillekin henkilöille melko vieras alusta, mutta luotettavana tiedonlähteenä sillä olisi oma tärkeä merkityksensä yksilön hyvinvoinnin ja omahoidon tukemisessa. Erilaisia yhteisö- tai verkostopalveluja käyttäisi ehkä 62,89 % vastaajista. Näistä palveluista voidaan mainita mm. erilaiset potilasjärjestöt, joilla jäsenmäärä lisääntyy tasaisesti. Sähköisesti saatavien tietojen kokoaajana terveyspalveluissa haluttaisiin olevan sekä kunnan (42,12 %) tai yksilön itsensä (27,4 %), samoin lääkärikeskusten (28,42 % ja 29,79 %) sekä liikun-

ta-alan palvelujen tarjoamia tietoja (35,31 % ja 30,07 %). Kauneusalan tietoja ei kukaan 40,51 % (suurin osa näistä vastaajista miehiä), yksilön itsensä 23,72 % ja yksityisen yrityksen tai henkilön 24,45 %. Terveysportin käyttömahdollisuuden kokoajana haluttaisiin toimivan kunnan (23,19 %) ja itsen (28,26 %). Yhteisö- tai verkostopalveluiden kohdalla prosentit jakautuivat melko tasan kunnan (25,56 %), yksilön itsensä (28,15 %) ja yksityisen yrityksen/henkilön (20 %) välillä.

Keskustelumahdollisuutta (ns. vertaistukimahdollisuus) toisten kanssa sähköisessä palvelussa haluaisi 22,01 % vastaajista, ehkä 39,48 %. Aiheina haluttaisiin olevan terveyteen liittyvät (54,76 %), hyvinvoinnista yleensä (51,90 %) ja arkielämään liittyvät asiat (63,81 %). Muina aiheina mainittiin mm. yleiset asiat, kulttuuritapahtumat, perhe-elämä/avioerot/lähiomaisen menetys, autot, urheilu, mielenterveys.

Sähköistä palvelua yleisesti halutaan käytettävän pääsääntöisesti tietokonepäätteeltä kotona, 64,57 % kaikista vastaajista ja saattaisi käyttää 25,83 %. Vastaajien lukumäärä 302 henkilöä. Suurimpana esteenä on tietokonepäätteen puuttuminen kotoa. Digi-TV:n tms. avulla sähköistä palvelua ei käyttäisi lainkaan 62,90 % vastaajista, saattaisi käyttää 33,06 %, vastaajien lukumäärä tässä kohdassa 124 henkilöä. Kännykän avulla käyttäisi 17,11 %, saattaisi käyttää 39,47 % ja ei käyttäisi 43,42 %, vastaajia 152. Vuosina 1950-53 syntyneistä kännykkää saattaisi sähköisissä palveluissa käyttää 42,86 %. Kännyköiden avulla voidaan lukea sähköposteja ja ns. kommunikaattorithan ovat liki tietokoneen veroisia laitteita eli tässä kohdassa laitehankinta ja niiden eri versioihin tutustuminen on oleellista seikka näiden käytössä.

4.10 Eliniän odotteen pitenemisen vaikutus

Lopuksi kyselylomakkeessa oli avoin kysymys: Oletko miettinyt, mitä vaikutusta on eliniän odotteen pitenemisellä elämääsi? Vastauksia olivat mm.:

Olen miettinyt, kroppa pidettävä kunnossa., Riski dementian ja muiden huollettavaksi joutumiseen johtavaan sairauteen kasvaa., ...saisi lähteä saappaat jalassa., ..ettei tarvitsisi koskaan turvautua petipotilaan osaan jossain hoitolaitoksessa., Pitää varautua paremmin toimeentuloon., Tarvetta erilaisista palveluista., Täytyy oppia selviytymään tässä sähköisessä maailmassa. Pitäisi olla helppoja ja yksinkertaisia ohjelmia ja myös riittävä koulutus., Tietynlaisten palveluiden käyttöönottoa., Omille harrastuksille ja koti-asioiden hoidolle jää aikaa., Toivottavasti terveitä elinvuosia...kuin aikaisemmilla ikä/sukupolvilla., Mielenkiintoisella tiedon valtavasti pysyttelemistä pitempään., 1. Silmälääkärin tarve, 2. Pesulapalvelun tarve, 3. Mahdollisesti syöpä, 4. Eutanasia. Kiireetöntä ehtoota perheen pienimmistä nauttien. Voi tehdä pitkän tähtäimen suunnitelmia optimistisena., Luo positiivisuutta ja intoa suunnitella eläkevuosia., Kalliiksi tulee, mutta tulkoon.

4.11 Yhteenveto tuloksista

Vastaajista 1/3 oli eläkkeellä, 1/3 jäämässä lähiaikoina eläkkeelle ja 1/3 myöhemmin. Vastaajista suurin osa (77,01 %) oli naimisissa tai avoliitossa ja miesten (48,96 %) ja naisten (51,04 %) osuus vastaajista oli yhtä suuri. Peruskoulutustasona oli pääasiallisesti kansalais- tai oppikoulu. Ammatillisena koulutuspohjana oli enemmistöllä ammattikoulu tai opistotason koulutus. Suurin osa vastaajista koki elämänsä hallinnan ja hyvinvointinsa olevan tällä hetkellä hyvän.

Tietotarpeista olennaisiksi katsottiin mm. erilaiset terveystiedot ja niiden toivottiin olevan saatavissa yksityisesti esim. omaan sähköpostiosoitteeseen tai paperiversiona. Jatkohoito-ohjeita eläkkeelle siirtyessä katsotaan myös enenevässä määrin tarvittavan. Yhteiskunnan tarjoamia palvelutietoja sekä erilaisten terveysalojen tietoja haluttiin saada myös luotettaviksi katsotuilta tahoilta (Kela ja kunta) eli julkisille palvelimille. Kauneusalan yritysten tiedot haluttiin pääsääntöisesti hankkia itse.

Terveysportin tms. alustan käyttömahdollisuuden suhtauduttiin positiivisesti, tätä mahdollisuutta käyttäisi ainakin joskus yli 70 % vastaajista ja yhteisö- ja verkstopalveluja käyttäisi n. 74 %. Vertaistukimahdollisuutta sähköisessä palvelussa käyttäisi noin puolet ja keskusteluaiheina olisivat niin arkielämä, terveys kuin hyvinvointikin. Sähköisen palvelun välineenä halutaan käytettävän pääsääntöisesti tietokonetta, omien tietojen tarkastelussa tätä käyttäisi jopa 81 % vastaajista.

5 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että eläköitymiseen suhtaudutaan normaalina elämänvaiheena, jossa toivotaan pystyttävän elämään mahdollisimman terveenä ja itsenäisesti omassa kodissa. Arjessa selviytyminen on eräs hyvinvoinnin perustekijöistä. Toisten armoille joutuminen koetaan uhkana, mutta tietoisuus avun saamisesta sitä tarvittaessa vähentäisi pelkoa vanhenemisen myötä mahdollisesti tuomista rajoituksista yksilön hyvinvointiin. Henkinen hyvinvointi on kokonaisvaltainen kokemus. Siihen olennaisena osana kuuluu tyytyväisyys elämään sen kaikilla osa-alueilla.

Vertion (2003) mukaan täydellisen henkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin saavuttamiseksi, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. Koherenssiteoria perustuu Räsänen (2006) mukaan olettamukseen, että kaikki asiat ovat tiettyssä suhteessa toisiinsa. Sen perusajatuksena on, että maailman ja elämän monitahoisuus luo jatkuvasti ristiriitaisia ja hämmentäviä viestejä ihmiselle. Tämä aiheuttaa paineita, jännitystä ja konflikteja niin yksilölle, yksilöiden välille, yksilön ja sosiaalisten rakenteiden välille sekä sosiaalisten raken-

teidenkin välille. Koherenssin tunne kuvastaa tapaa, jolla yksilö havainnoi maailmaa tai ympäristöä.

Suurin osa omista henkilökohtaisista terveystiedoista halutaan saada vielä paperiversiona ja tiedot halutaan koota itse. Kuitenkin sähköisten välineiden käytettävyyteen suhtauduttiin positiivisesti, varsinkin nuoremmissa ikäluokissa. Sähköposti kotona koetaan omana henkilökohtaisena tiedonvastaanottimena. Sähköisten alustojen helppo käytettävyys, käyttäjälähtöisyys ja niiden soveltuminen eri elämäntilanteisiin vähentää tietotekniikan käytön rajoitteita. Härmäläisen (2006) mukaan arkipäivän toiminta tapahtuu aina tietyissä yhteiskunnallisissa puitteissa, jotka sekä mahdollistavat että rajaavat sitä. Täten polarisaatiota sähköisten viestimienkin käyttämisessä tulisi pyrkiä välttämään eli yksilöillä tulisi olla mahdollisuus saada henkilökohtainen tietokonepääte kotiin ja saada myös koulutusta sen käyttämiseen.

Eläkeikää lähestyvien hyvinvointia varjostavat usein työssä jaksamiseen ja omaan terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät kysymykset, vaikka eläkkeelle siirryttäessä suurimmalla osalla on edessään useita terveitä vuosia. On muistettava, että väestön ikärakenteen muutos ei sisällä pelkkiä uhkakuvia. Tulevaisuudessa eläkeläisillä on enemmän ostovoimaa kuin edeltäjillään. He voivat olla merkittävä kuluttajaryhmä esimerkiksi erilaisten harrastusten, matkustamisen, turvallisuuden kuin palveluidenkin markkinoilla. He ovat potentiaalinen asiakaskunta myös uusien innovaatioiden kehittämisessä.

Ns. Pärjään - konseptin avulla yksilö voi tallentaa, käsitellä ja välittää hyvinvointiin liittyvää tietoa ja toimia vuorovaikutuksellisesti sekä erilaisten palvelutarjoajien että epävirallisten yhteisöjen kanssa. Pärjään voidaan nähdä integrointialustana, joka yhdistää kansalaisia koskevan tiedon erilaisiin elämäntilanteisiin niin terveystietoihin kuin kattamaan arkielämän tietotarpeita. Tällaisen konseptin kehitystyö vaatii aikaa kaikkine siihen liittyvine niin lainsäädännöllisine kuin tietojen jäsentämisenkin kannalta tarpeellisine osa-alueineen. (Nurminen, Meristö & Tuohimaa, 2009,3.)

Tämän kyselyn tuloksista voidaan päätellä, että suurin osa tästä kohderyhmästä haluaa vielä saada tietonsa paperiversiona. Pärjäimen kehitystyössä voidaan kuitenkin tätä tietoa hyödyntää jo nyt. Dokumentteja voidaan tulostaa niin omissa tulostuslaitteissa kuin esimerkiksi tulostuspalveluissa. Tulevien eläköitymissukupolvien kohdalla kuitenkin Pärjäimen käyttöönotaminen ja hyödyntäminen saattaa olla luontevaa, sillä he ovat jo tottuneet tietotekniikan suomiin mahdollisuuksiin ja tietotekniikan käyttö on heille arkipäiväistä (vrt. D. Tabscottin kirja *Grown up digital*).

Sähköisillä palvelualustoilla on jo nyt kysyntää ja sähköisiä tietokantoja käytetään laajasti mm. terveydenhuollossa. Erilaisilla omaseuranta- ja itsehoitopalveluilla tullaan todennäköisesti enenevässä määrin tukemaan potilaan aktiivisuutta terveydentilansa suhteen. On oleellista, että potilas/asiakas saa oikeata tietoa, oikea-aikaisesti ja itselleen sopivaksi katsomallaan tavalla.

Mikäli tämä kysely tehtäisiin samalla tavalla kuin tässä työssä on tehty, tulokset olisivat todennäköisesti samanlaiset. Jos kyselystä tehtäisiin toinen ns. karhuamiskierros, olisi vastaajien lukumäärä luultavasti suurempi, jolloin tutkimukselle saataisiin yleistettävyyttä. Kyselylomakkeen stilisointi siten, että paperilomake olisi ulkoasultaan samanlainen kuin sähköinen, toisi todennäköisesti enemmän vastauksia jo pelkän paremman luettavuutensa ansiosta. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehtojen korjaaminen esimerkiksi korvaamalla harvoin -kohta vaihtoehdolla joskus tai tarvittaessa, muuttuisivat useat vastaukset positiivisemmiksi luonteeltaan. Sanavalinnoilla on merkitystä kyselylomakkeessa ja vaikka tähän tässä työssäkin tähän kiinnitettiin huomiota, silti mm. kauneusalan yritysten kohdalla sanamuutos esimerkiksi hyvinvointiyritykseksi olisi tuonut todennäköisesti enemmän vastauksia ja painoarvoa vaihtoehdolle. Yksilön hyvinvoinnin kartoittamisen kannalta olisi terveys- ja hyvinvointitiedoissa voinut olla enemmän hienojakoisempia ja tarkempia kuvauksia. Nyt tulokset jäivät tältä osin hieman epämääräisiksi.

Jatkotutkimusehdotuksena on tämän kyselyn teettäminen jo nyt 1950-1960 -luvulla syntyneille. Heistä jo suurimmalla osalla on sähköisten viestimien käyttö arkipäivää ja olisi mielenkiintoista tietää, muuttuisivatko kyselyn tulokset. Lisäksi voisi eritellä erilaisten koulutuspohjan omaavien henkilöiden eroja sähköisten viestimien käytölle sekä onko sähköisten viestimien merkitys muuttunut yksilön hyvinvoinnin tukemisessa näissä ryhmissä.

Lähteet

- Blackwell, R., Miniard, P. & Engel, J. 2006. Consumer behavior. Mason, OH: Thomson South-Western.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyyppä, M. & Liikanen, H-L. 2005. Kulttuuri ja terveys. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hämäläinen, T. 2006. Kohti hyvinvoivaa ja kilpailukykyistä yhteiskuntaa. Kansallisen ennakkointiverkoston näkemyksiä Suomen tulevaisuudesta. Sitra. (PDF-tiedosto.)
- Jaari, A. 2004. Itsetunto, elämänhallinta ja arvot. Korrelatiivinen tutkimus Morris Rosenbergin itsetuntokäsitteen taustasta suomalaisilla työikäisillä. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Jokivuori, P. & Hietala, R. 2007. Määrällisiä tarinoita- Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkin- ta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kallio, J. 2006. Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa. Sosi- aalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2006, 218-230.
- Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2003. Voimavarat käyttöön. Helsinki: Duodecim.
- Keltikangas-Järvinen, L. 2003. Hyvä itsetunto. Helsinki: WSOY.
- Kyrö, P. 2004. Tutkimusprosessi valintojen polkuna. Hämeenlinna: Tampereen yliopisto, am- mattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2. Vaajakoski: Gummerus.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.
- Nyyssönen, S. & Peuhkuri, K. 2006. Koherenssin tunne keski-ässä. Pro gradu-tutkielma. Yh- teiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Pajukoski, M. 2004. Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lainsäädännön rajat ja mahdollisuudet. Stakes raportteja 283. Saarijärvi: Gummerus.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pentikäinen, A. 2003. Työikäisten terveyskuva ja eämänhallinta. Pro gradu-tutkielma. Hoitoti- eteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Phillips, D. 2006. Quality of life. Concept, policy and practise. London: Routledge.
- Piispa, M. 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino Oy, 141- 160.
- Ryff, C. & Singer, B. 2006. Ihmiselon ironia: hyvinvointia ja terveyttä matkalla kohti kuolemaa. Teoksessa Aspinwall, L. & Staudinger, U. (toim.) Ihmisen vahvuuksien psykologia. Helsinki: Edi- ta Prima Oy, 278-294.

Räsänen, J. 2006. Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut. Yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön valtaistaminen. Järvenpää: Julkiviestintä Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki: Yliopistopaino.

Stakes. 2006. Hyvinvointivaltion rajat - oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Helsinki: Edita Prima Oy.

Talala, K., Lahelma, E. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2003. Psykososiaaliset tekijät ja psyykkinen oireilu työntekeillä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2003, 163-173.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Otava.

Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus, 100-112.

Valli, R. 2001. Parivertailu. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus, 113-123.

Vertio, H. 2003. Terveysten edistäminen. Helsinki: Tammi.

Viherä, M-L. 2000. Digitaalisen arjen viestintä. Miksi, millä ja miten. Helsinki: Edita.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

INTERNET

Terveys-, hyvinvointi- ja palvelukyselylomake.2009. Viitattu 12.10.2009. www.digium/digiumenterprise.com/answer

Tapscott, D. 2009. Viitattu 25.10.2009. www.grownupdigital.com/2009/grownupdigital_by_Don_Tapscott

Nurminen, M.I. & Meristö, T. 2009. OmaHyvinvointihanke. Väliraportti I - Pärjäin kansalaisen käyttöön? 1.4.-30.9.2008. Tammikuu 2009. Toim. Nurminen, M. I. & Meristö T. Tulostettu 4.9.2009. www.it.abo.fi/cofi/omahyvinvointi

Nurminen, M.I., Meristö, T. & Tuohimaa, H. 2009 Pärjäin - Navigaattori kansalaisen asiointitarpeisiin. Omahyvinvointi -hankkeen II väliraportti. 2009. Toim. Nurminen, M.I., Meristö, T. & Tuohimaa, H. Tulostettu 4.9.2009. www.it.abo.fi/cofi/omahyvinvointi

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake.....	44
Liite 2. Kyselyn yhteenvetoraportti.....	50

TERVEYS-, HYVINVOINTI- JA PALVELUKYSELY

1. Mikä on syntymävuotesi?

- ☐ 1940-1941
- ☐ 1942-1943
- ☐ 1944-1945
- ☐ 1946-1947
- ☐ 1948-1949
- ☐ 1950-1951
- ☐ 1952-1953

2. Sukupuoli

- ☐ Nainen
- ☐ Mies

3. Siviilisäät

- ☐ Naimaton
- ☐ Naimisissa tai avoliitossa
- ☐ Eronnut
- ☐ Leski

4. Peruskoulutus

- ☐ Kansakoulu
- ☐ Kansalaiskoulu
- ☐ Keskikoulu/oppikoulu
- ☐ Lukio

5. Ammatillinen koulutus

- ☐ Ei ammatillista koulutusta
- ☐ Ammattikoulu/ammattikurssi
- ☐ Opistotason koulutus
- ☐ Ammattikorkeakoulu
- ☐ Yliopistotutkinto
- ☐ Jokin muu, mikä? _____

6. Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto

- ☐ Olen vanhuuseläkkeellä
- ☐ Olen työkyvyttömyyseläkkeellä
- ☐ Olen jäämässä lähiaikoina vanhuuseläkkeelle (1-2 v. sisällä)
- ☐ Olen jäämässä lähiaikoina työkyvyttömyyseläkkeellä (1-2 v. sisällä)
- ☐ Olen jäämässä myöhemmin eläkkeelle, milloin? _____

7. Millaiseksi tunnet olosi tällä hetkellä?

Terveys suhteen

- ☐ Erittäin hyvä
- ☐ Hyvä
- ☐ Kohtalainen
- ☐ Huono

Onnellisuuden aste

- ☐ Erittäin hyvä
☐ Hyvä
☐ Kohtalainen
☐ Huono

Arjesta selviytyminen

- ☐ Erittäin hyvä
☐ Hyvä
☐ Kohtalainen
☐ Huono

Harrastusten suhteen

- ☐ Erittäin hyvä
☐ Hyvä
☐ Kohtalainen
☐ Huono

Ihmissuhteet

- ☐ Erittäin hyvät
☐ Hyvät
☐ Kohtalaiset
☐ Huonot

8a. Minkälaisia terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tietoja tarvitset, kun siirryt eläkkeelle/olisit halunnut eläkkeelle siirtyessäsi (työterveyshuollosta, terveyskeskuksesta tms)?

	Tiedontarve			Ajanjakso				
	Ehdottomasti	Ehkä	Ei lainkaan	Koko elämä	20 vuoden ajalta	10 vuoden ajalta	5 vuoden ajalta	Alle 5 vuoden ajalta
Epikriisit (sairauskertomus) tai niiden yhteenveto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rokotetiedot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveystarkastustiedot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenkuvat tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8b. Tarvitsetko / olisitko tarvinnut jatkohoito-ohjeita eläkkeelle siirtyessäsi?

- ☐ Ehdottomasti
☐ Ehkä
☐ Ei lainkaan

8c. Mitä muita tietoja tarvitset/olisit halunnut eläkkeelle siirtyessäsi?

8d. Onko Sinulla ollut tilanteita, joissa olisit tarvinnut itseäsi koskevia terveystietoja, mutta et ole niitä saanut/löytänyt? Mitä?

9. Missä muodossa haluaisit edellä mainittujen dokumenttien olevan käytettävissäsi?

- ☐ Paperilla
☐ Sähköisesti
☐ Muuten, miten? _____

10. Jos käyttäisit sähköisiä palveluja esim. terveystietojesi tarkastelussa, niin mitä näistä laitteista käyttäisit?

- ☐ Tietokone
☐ Kännykkä
☐ TV
☐ Jokin muu, mikä? _____

11. Jos käyttäisit sähköisiä palveluja, käyttäisitkö palvelujen sisältöä

	Usein	Harvoin	En koskaan
Omien terveystietojesi tarkasteluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyvinvointiyritysten tietojen tutkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaali- ja terveysalan tietojen tarkasteluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhteiskunnan palvelujen tutkimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oman kotikunnan palveluihin tutustumiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaikkia näitä yhdessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuta, mitä?

12. Jos käyttäisit sähköisiä palveluja, haluaisitko edellä mainittujen tietojen tulevan automaattisesti?

	Sähköpostiin työpaikallasi	Sähköpostiin kotiisi	Kunnan nettisivulle (käyttäjätunnus ja salasana käytössäsi)	Muulla tavoin, miten?
Omat terveystietosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyvinvointiyritysten tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sosiaali- ja terveysalan tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Yhteiskunnan palvelutietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oman kotikunnan palvelutietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Muuta, miten?

13a. Mitä eri palvelualojen tietoja haluaisit saada käyttöösi sähköisessä muodossa?

	Ehdottomasti	Ehkä	En lainkaan
Terveyskeskusten ym. kunnallisten terveyspalvelujen tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkärikeskusten ja niiden tarjoamien erikoisalojen tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikunta-alan palvelujen tarjoajien tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauneusalan palvelujen tarjoajien tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveysportin tms. terveystiedon alustan käyttömahdollisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erilaisia yhteisö- tai verkostopalveluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuta, mitä?

13b. Haluaisitko, että sähköisesti saatavat tiedot kokoaisi puolestasi joku muu?

	Kunta	Kela	Yksityinen yritys/henkilö	Minä itse	Ei kukaan	Joku muu, kuka?
Terveyskeskusten ym. kunnallisten terveyspalvelujen tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lääkärikeskusten ja niiden tarjoamien erikoisalojen tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Liikunta-alan palvelujen tarjoajien tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kauneusalan palvelujen tarjoajien tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Terveysportin tms. terveystiedon alustan käyttömahdollisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erilaisia yhteisö- tai verkostopalveluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muuta, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

14. Haluaisitko, että sähköinen palvelu sisältäisi myös keskustelumahdollisuuden muiden kanssa (ns. vertaistukimahdollisuus)?

- ☐ Kyllä
☐ Ei
☐ Ehkä
☐ En osaa sanoa

15. Jos vastasit kyllä tai ehkä, mistä aiheesta haluaisit keskustella?

- ☐ Terveysteen liittyvistä aiheista
☐ Hyvinvoinnista yleensä
☐ Arkielämään liittyvistä asioista (esim. verotus, tukiasiat, vakuutus ym.)
☐ Muusta, mistä? _____

16. Millä tavalla haluaisit käyttää sähköistä palvelua?

	Käyttäisin	Saattaisin käyttää	En käyttäisi
Kännykän avulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digi-TV:n tms. avulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tietokonepäätteeltä kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muuten, miten?

17. Oletko miettinyt, mitä vaikutusta on eliniän odotteen pitenemisellä elämääsi?

Mikäli haluat tulla kuuntelemaan kyselyn tuloksia, jätä tähän yhteystietosi, niin lähetämme sinulle kutsun opinnäytetyöni esittelytilaisuuteen, joka pidetään Laureassa näillä näkymin marraskuussa.

Osoitetietoja ei käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen.

Nimi

Katuosoite

Postiosoite

Sähköpostiosoite

Liite 2. Kyselyn yhteenvetoraportti


1/16








TERVEYS-, HYVINVOINTI- JA PALVELUKYSELY

Yhteenvetoraportti



N=337

Julkaistu: 22.9.2009





 Vertailuryhmä: Kaikki vastaajat**1. Mikä on syntymävuotesi?**

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	1940-1941	37	11,01%					
2.	1942-1943	40	11,90%					
3.	1944-1945	45	13,39%					
4.	1946-1947	57	16,96%					
5.	1948-1949	67	19,94%					
6.	1950-1951	51	15,18%					
7.	1952-1953	39	11,61%					
	Yhteensä	336	100%					

2. Sukupuoli

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Nainen	171	51,04%					
2.	Mies	164	48,96%					
	Yhteensä	335	100%					

3. Siviilisäät

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Naimaton	21	6,27%					
2.	Naimisissa tai avoliitossa	258	77,01%					
3.	Eronnut	38	11,34%					
4.	Leski	18	5,37%					
	Yhteensä	335	100%					

4. Peruskoulutus

Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1. Kansakoulu	62	18,51%	<div></div>				
2. Kansalaiskoulu	110	32,84%	<div></div>				
3. Keskikoulu/oppikoulu	88	26,27%	<div></div>				
4. Lukio	75	22,39%	<div></div>				
Yhteensä	335	100%					

5. Ammatillinen koulutus

Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1. Ei ammatillista koulutusta	59	18,21%	<div></div>				
2. Ammattikoulu/ammattikurssi	102	31,48%	<div></div>				
3. Opistotason koulutus	90	27,78%	<div></div>				
4. Ammattikorkeakoulu	11	3,40%	<div></div>				
5. Yliopistotutkinto	38	11,73%	<div></div>				
6. Jokin muu, mikä?	24	7,41%	<div></div>				
Yhteensä	324	100%					

6. Valitse allaolevista sopivin vaihtoehto

Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1. Olen vanhuuseläkkeellä	123	36,83%	<div></div>				
2. Olen työkyvyttömyyseläkkeellä	42	12,57%	<div></div>				
3. Olen jäämässä lähiaikoina vanhuuseläkkeelle (1-2 v. sisällä)	51	15,27%	<div></div>				
4. Olen jäämässä lähiaikoina työkyvyttömyyseläkkeellä (1-2 v. sisällä)	2	0,60%	<div></div>				
5. Olen jäämässä myöhemmin eläkkeelle, milloin?	116	34,73%	<div></div>				
Yhteensä	334	100%					

Terveyden suhteen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvä	54	16,12%	<div></div>				
2.	Hyvä	149	44,48%	<div></div>				
3.	Kohtalainen	112	33,43%	<div></div>				
4.	Huono	20	5,97%	<div></div>				
	Yhteensä	335	100%					

Onnellisuuden aste

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvä	60	18,18%	<div></div>				
2.	Hyvä	183	55,45%	<div></div>				
3.	Kohtalainen	82	24,85%	<div></div>				
4.	Huono	5	1,52%	<div></div>				
	Yhteensä	330	100%					




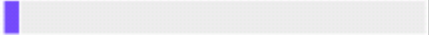
Arjesta selviytyminen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvä	101	30,33%	<div></div>				
2.	Hyvä	177	53,15%	<div></div>				
3.	Kohtalainen	49	14,71%	<div></div>				
4.	Huono	6	1,80%	<div></div>				
	Yhteensä	333	100%					

Harrastusten suhteen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvä	73	22,05%	<div></div>				
2.	Hyvä	146	44,11%	<div></div>				
3.	Kohtalainen	83	25,08%	<div></div>				
4.	Huono	29	8,76%	<div></div>				
	Yhteensä	331	100%					

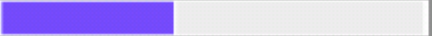


Ihmissuhteet

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Erittäin hyvät	79	23,80%					
2.	Hyvät	190	57,23%					
3.	Kohtalaiset	59	17,77%					
4.	Huonot	4	1,20%					
	Yhteensä	332	100%					


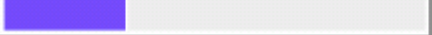
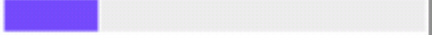
8a. Minkälaisia terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tietoja tarvitset, kun siirryt eläkkeelle/olisit halunnut eläkkeelle siirtyessäsi (työterveyshuollosta, terveyskeskuksesta tms)?

Tiedontarve

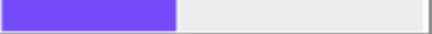
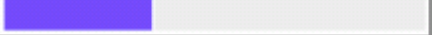
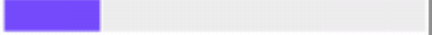
Epikriisit (sairauskertomus) tai niiden yhteenvedo

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	117	41,05%					
2.	Ehkä	98	34,39%					
3.	Ei lainkaan	70	24,56%					
	Yhteensä	285	100%					

Rokotetiedot

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	137	48,75%					
2.	Ehkä	81	28,83%					
3.	Ei lainkaan	63	22,42%					
	Yhteensä	281	100%					

Terveystarkastustiedot

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	120	41,96%					
2.	Ehkä	101	35,31%					
3.	Ei lainkaan	65	22,73%					
	Yhteensä	286	100%					

Röntgenkuvat tms.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	92	33,33%					
2.	Ehkä	96	34,78%					
3.	Ei lainkaan	88	31,88%					
	Yhteensä	276	100%					

Ajanjakso

Epikriisit (sairauskertomus) tai niiden yhteenvedot

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Koko elämä	57	27,94%					
2.	20 vuoden ajalta	34	16,67%					
3.	10 vuoden ajalta	53	25,98%					
4.	5 vuoden ajalta	29	14,22%					
5.	Alle 5 vuoden ajalta	31	15,20%					
	Yhteensä	204	100%					

Rokotetiedot

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Koko elämä	72	35,64%					
2.	20 vuoden ajalta	26	12,87%					
3.	10 vuoden ajalta	59	29,21%					
4.	5 vuoden ajalta	21	10,40%					
5.	Alle 5 vuoden ajalta	24	11,88%					
	Yhteensä	202	100%					

Terveystarkastustiedot

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Koko elämä	35	17,59%	<div></div>				
2.	20 vuoden ajalta	29	14,57%	<div></div>				
3.	10 vuoden ajalta	60	30,15%	<div></div>				
4.	5 vuoden ajalta	40	20,10%	<div></div>				
5.	Alle 5 vuoden ajalta	35	17,59%	<div></div>				
	Yhteensä	199	100%					

Röntgenkuvat tms.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Koko elämä	37	21,89%	<div></div>				
2.	20 vuoden ajalta	44	26,04%	<div></div>				
3.	10 vuoden ajalta	33	19,53%	<div></div>				
4.	5 vuoden ajalta	27	15,98%	<div></div>				
5.	Alle 5 vuoden ajalta	28	16,57%	<div></div>				
	Yhteensä	169	100%					

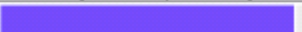


8b. Tarvitsetko / olisitko tarvinnut jatkohoito-ohjeita eläkkeelle siirtyessäsi?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	57	18,04%	<div></div>				
2.	Ehkä	140	44,30%	<div></div>				
3.	Ei lainkaan	119	37,66%	<div></div>				
	Yhteensä	316	100%					





8c. Mitä muita tietoja tarvitset/olisit halunnut eläkkeelle siirtyessäsi?

8d. Onko Sinulla ollut tilanteita, joissa olisit tarvinnut itseäsi koskevia terveystietoja, mutta et ole niitä saanut/löytänyt? Mitä?




9. Missä muodossa haluaisit edellä mainittujen dokumenttien olevan käytettävissäsi?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Paperilla	220	70,51%					
2.	Sähköisesti	79	25,32%					
3.	Muuten, miten?	13	4,17%					
	Yhteensä	312	100%					




10. Jos käyttäisit sähköisiä palveluja esim. terveystietojesi tarkastelussa, niin mitä näistä laitteista käyttäisit?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Tietokone	243	81,00%					
2.	Kännykkä	33	11,00%					
3.	TV	5	1,67%					
4.	Jokin muu, mikä?	19	6,33%					
	Yhteensä	300	100%					

11. Jos käyttäisit sähköisiä palveluja, käyttäisitkö palvelujen sisältöä*Omien terveystietojesi tarkasteluun*

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Usein	88	28,76%					
2.	Harvoin	192	62,75%					
3.	En koskaan	26	8,50%					
	Yhteensä	306	100%					

Hyvinvointiyritysten tietojen tutkimiseen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Usein	44	14,77%					
2.	Harvoin	190	63,76%					
3.	En koskaan	64	21,48%					
	Yhteensä	298	100%					

Sosiaali- ja terveysalan tietojen tarkasteluun

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Usein	60	20,00%	<div><div></div></div>				
2.	Harvoin	199	66,33%	<div><div></div></div>				
3.	En koskaan	41	13,67%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	300	100%					

Yhteiskunnan palvelujen tutkimiseen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Usein	107	36,03%	<div><div></div></div>				
2.	Harvoin	157	52,86%	<div><div></div></div>				
3.	En koskaan	33	11,11%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	297	100%					

Oman kotikunnan palveluihin tutustumiseen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Usein	163	53,80%	<div><div></div></div>				
2.	Harvoin	121	39,93%	<div><div></div></div>				
3.	En koskaan	19	6,27%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	303	100%					

Kaikkia näitä yhdessä

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Usein	82	28,98%	<div><div></div></div>				
2.	Harvoin	177	62,54%	<div><div></div></div>				
3.	En koskaan	24	8,48%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	283	100%					

11. Muuta, mitä?**12. Jos käyttäisit sähköisiä palveluja, haluaisitko edellä mainittujen tietojen tulevan automaattisesti?**

Omat terveystietosi

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Sähköpostiin työpaikallasi	6	2,11%	<div><div></div></div>				
2.	Sähköpostiin kotisi	223	78,25%	<div><div></div></div>				
3.	Kunnan nettisivulle (käyttäjätunnus ja salasana käytössäsi)	28	9,82%	<div><div></div></div>				
4.	Muulla tavoin, miten?	28	9,82%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	285	100%					

Hyvinvointiyritysten tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Sähköpostiin työpaikallasi	5	1,99%	<div><div></div></div>				
2.	Sähköpostiin kotisi	132	52,59%	<div><div></div></div>				
3.	Kunnan nettisivulle (käyttäjätunnus ja salasana käytössäsi)	89	35,46%	<div><div></div></div>				
4.	Muulla tavoin, miten?	25	9,96%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	251	100%					

Sosiaali- ja terveysalan tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Sähköpostiin työpaikallasi	7	2,63%	<div><div></div></div>				
2.	Sähköpostiin kotisi	143	53,76%	<div><div></div></div>				
3.	Kunnan nettisivulle (käyttäjätunnus ja salasana käytössäsi)	95	35,71%	<div><div></div></div>				
4.	Muulla tavoin, miten?	21	7,89%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	266	100%					

Yhteiskunnan palvelutietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Sähköpostiin työpaikallasi	7	2,63%					
2.	Sähköpostiin kotisi	137	51,50%					
3.	Kunnan nettisivulle (käyttäjätunnus ja salasana käytössäsi)	103	38,72%					
4.	Muulla tavoin, miten?	19	7,14%					
	Yhteensä	266	100%					

Oman kotikunnan palvelutietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Sähköpostiin työpaikallasi	6	2,15%					
2.	Sähköpostiin kotisi	156	55,91%					
3.	Kunnan nettisivulle (käyttäjätunnus ja salasana käytössäsi)	97	34,77%					
4.	Muulla tavoin, miten?	20	7,17%					
	Yhteensä	279	100%					

12. Muuta, mitä?

13a. Mitä eri palvelualojen tietoja haluaisit saada käyttöösi sähköisessä muodossa?

Terveyskeskusten ym. kunnallisten terveyspalvelujen tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	143	46,89%					
2.	Ehkä	130	42,62%					
3.	En lainkaan	32	10,49%					
	Yhteensä	305	100%					

Lääkärikeskusten ja niiden tarjoamien erikoisalojen tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	117	38,87%					
2.	Ehkä	155	51,50%					
3.	En lainkaan	29	9,63%					
	Yhteensä	301	100%					

Liikunta-alan palvelujen tarjoajien tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	97	32,12%					
2.	Ehkä	149	49,34%					
3.	En lainkaan	56	18,54%					
	Yhteensä	302	100%					

Kauneusalan palvelujen tarjoajien tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	19	6,48%					
2.	Ehkä	110	37,54%					
3.	En lainkaan	164	55,97%					
	Yhteensä	293	100%					

Terveysportin tms. terveystiedon alustan käyttömahdollisuus

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	47	16,10%					
2.	Ehkä	163	55,82%					
3.	En lainkaan	82	28,08%					
	Yhteensä	292	100%					



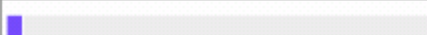

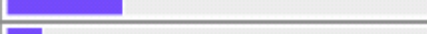

Erilaisia yhteisö- tai verkostopalveluja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ehdottomasti	34	11,68%					
2.	Ehkä	183	62,89%					
3.	En lainkaan	74	25,43%					
	Yhteensä	291	100%					


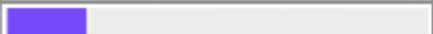
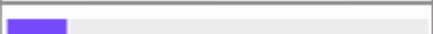


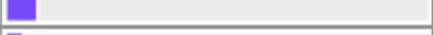
13a. Muuta, mitä?

13b. Haluaisitko, että sähköisesti saatavat tiedot kokoaisi puolestasi joku muu?

Terveyskeskusten ym. kunnallisten terveyspalvelujen tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kunta	123	42,12%					
2.	Kela	53	18,15%					
3.	Yksityinen yritys/henkilö	8	2,74%					
4.	Minä itse	80	27,40%					
5.	Ei kukaan	24	8,22%					
6.	Joku muu, kuka?	4	1,37%					
	Yhteensä	292	100%					

Lääkärikeskusten ja niiden tarjoamien erikoisalojen tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kunta	83	28,42%					
2.	Kela	55	18,84%					
3.	Yksityinen yritys/henkilö	42	14,38%					
4.	Minä itse	87	29,79%					
5.	Ei kukaan	20	6,85%					
6.	Joku muu, kuka?	5	1,71%					
	Yhteensä	292	100%					

Liikunta-alan palvelujen tarjoajien tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kunta	101	35,31%	<div><div></div></div>				
2.	Kela	9	3,15%	<div><div></div></div>				
3.	Yksityinen yritys/henkilö	47	16,43%	<div><div></div></div>				
4.	Minä itse	86	30,07%	<div><div></div></div>				
5.	Ei kukaan	37	12,94%	<div><div></div></div>				
6.	Joku muu, kuka?	6	2,10%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	286	100%					

Kauneusalan palvelujen tarjoajien tietoja

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kunta	20	7,30%	<div><div></div></div>				
2.	Kela	3	1,09%	<div><div></div></div>				
3.	Yksityinen yritys/henkilö	67	24,45%	<div><div></div></div>				
4.	Minä itse	65	23,72%	<div><div></div></div>				
5.	Ei kukaan	111	40,51%	<div><div></div></div>				
6.	Joku muu, kuka?	8	2,92%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	274	100%					

Terveysportin tms. terveystiedon alustan käyttömahdollisuus

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kunta	64	23,19%	<div><div></div></div>				
2.	Kela	29	10,51%	<div><div></div></div>				
3.	Yksityinen yritys/henkilö	36	13,04%	<div><div></div></div>				
4.	Minä itse	78	28,26%	<div><div></div></div>				
5.	Ei kukaan	60	21,74%	<div><div></div></div>				
6.	Joku muu, kuka?	9	3,26%	<div><div></div></div>				
	Yhteensä	276	100%					

Erilaisia yhteisö- tai verkostopalveluja





	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kunta	69	25,56%	<div></div>				
2.	Kela	14	5,19%	<div></div>				
3.	Yksityinen yritys/henkilö	54	20,00%	<div></div>				
4.	Minä itse	76	28,15%	<div></div>				
5.	Ei kukaan	53	19,63%	<div></div>				
6.	Joku muu, kuka?	4	1,48%	<div></div>				
	Yhteensä	270	100%					

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kunta	3	4,35%	<div></div>				
2.	Kela	1	1,45%	<div></div>				
3.	Yksityinen yritys/henkilö	1	1,45%	<div></div>				
4.	Minä itse	17	24,64%	<div></div>				
5.	Ei kukaan	40	57,97%	<div></div>				
6.	Joku muu, kuka?	7	10,14%	<div></div>				
	Yhteensä	69	100%					


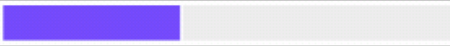

14. Haluaisitko, että sähköinen palvelu sisältäisi myös keskustelumahdollisuuden muiden kanssa (ns. vertaistukimahdollisuus)?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kyllä	68	22,01%	<div></div>				
2.	Ei	65	21,04%	<div></div>				
3.	Ehkä	122	39,48%	<div></div>				
4.	En osaa sanoa	54	17,48%	<div></div>				
	Yhteensä	309	100%					

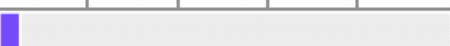
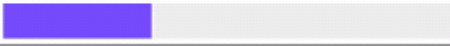

15. Jos vastasit kyllä tai ehkä, mistä aiheesta haluaisit keskustella?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Terveysteen liittyvistä aiheista	115	54,76%					
2.	Hyvinvoinnista yleensä	109	51,90%					
3.	Arkielämään liittyvistä asioista (esim. verotus, tukiasiat, vakuutus ym.)	134	63,81%					
4.	Muusta, mistä?	14	6,67%					
	Yhteensä							


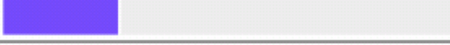

16. Millä tavalla haluaisit käyttää sähköistä palvelua?*Kännykän avulla*

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Käyttäisin	26	17,11%					
2.	Saattaisin käyttää	60	39,47%					
3.	En käyttäisi	66	43,42%					
	Yhteensä	152	100%					

Digi-TV:n tms. avulla

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Käyttäisin	5	4,03%					
2.	Saattaisin käyttää	41	33,06%					
3.	En käyttäisi	78	62,90%					
	Yhteensä	124	100%					

Tietokonepääätteeltä kotona

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Käyttäisin	195	64,57%					
2.	Saattaisin käyttää	78	25,83%					
3.	En käyttäisi	29	9,60%					
	Yhteensä	302	100%					

16. Muuten, miten?

17. Oletko miettinyt, mitä vaikutusta on eliniän odotteen pitenemisellä elämääsi?

Mikäli haluat tulla kuuntelemaan kyselyn tuloksia, jätä tähän yhteystietosi, niin lähetämme sinulle kutsun opinnäytetyöni esittelytilaisuuteen, joka pidetään Laureassa näillä näkymin marraskuussa. Osoitetietoja ei käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen.